

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1911-1912. — N° 33

DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

dans les

INFECTIONS ABORTIVES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 12 Décembre 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RAYMOND ADDE

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

né à Lesparre (Gironde), le 28 septembre 1886.



IMPRIMERIE DUCROS & LOMBARD

41, Rue du Tunnel, VALENCE

—
1911

DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

dans les Infections Abortives

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1911-1912. — N° 33

DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

dans les

INFECTIONS ABORTIVES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 12 Décembre 1911

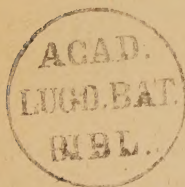
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RAYMOND ADDE

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

né à Lesparre (Gironde), le 28 septembre 1886.



IMPRIMERIE DUCROS & LOMBARD

41, Rue du Tunnel, VALENCE

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LEPINE, PIERRET.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants.		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique médicale		X.
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et toxicologie		POLLOSSON (A).
Matière médicale et Botanique.		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ.
Anatomie		MOREL.
Anatomie générale et Histologie		BEAUVISAGE.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		RENAUT.
Anatomie pathologique		MORAT.
Médecine opératoire		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée		COURMONT (P.)
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène.		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		X.
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, nez et larynx	LANNOIS.
Pathologie externe.	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL	agrégés
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD.	—
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile.	NOVE-JOSSERAND.	—
Accouchements	COMMANDEUR.	—
Matière médicale	MOREAU.	—
Embryologie	REGAUD.	—
Anatomie topographique.	PATEL.	—
Botanique	BRETIN.	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD	—
Clinique infantile	MOURIQUAND	—

AGRÉGÉS

MM. SAMBUC REGAUD COMMANDEUR GAYET NEVEU-LEMAIRE PATEL	MM. J. LEPINE LESIEUR Etienne MARTIN LAROYENNE VORON NOGIER	MM. LATARGET BRETIN LERICHE THEVENOT TAVERNIER. CADE.	MM. MOURIQUAND. ARLOING (F.). GUILLEMARD
--	---	---	---

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM.A.PONCET, président; Aug.POLLOSSON, assesseur; VORON et LAROYENNE, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Je dédie ce modeste travail
bien faible témoignage de mon
infinie tendresse et de ma pro-
fonde reconnaissance.

A MON ONCLE M. MONTHIEU

Ingénieur principal à la C^e des Chemins de fer du Midi

Je n'oublierai jamais tout ce
qu'il a fait pour moi : sa solli-
citude de tous les instants, ses
conseils éclairés me furent d'un
précieux secours durant toutes
nos études ; de tout cœur, je
l'en remercie aujourd'hui.

A MON COUSIN AYMARD DARTIGUENAVE

*Inspecteur des Finances
Chevalier de la Légion d'honneur*

Mon meilleur ami.

A TOUS MES PARENTS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TESTUT

Professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine de Lyon

Associé national de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

Il nous a toujours accueilli avec une grande bienveillance : il nous a largement aidé de ses conseils ; nous l'en remercions vivement et nous l'assurons de notre respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAROYENNE

Il fut pour nous non seulement un maître mais surtout un ami ; l'accueil si cordial et si affectueux qu'il nous a toujours réservé ainsi que sa famille durant ces cinq années passées à Lyon, sera le plus agréable souvenir que nous en emporterons.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. PONCET

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Lyon

Membre Associé de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur.

Qui nous fait aujourd'hui le
très grand honneur de présider
notre thèse ; qu'il veuille bien
accepter l'expression de notre
respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LERICHE

Il nous a inspiré le sujet de
notre thèse. Il nous a guidé
dans nos recherches et grâce à
son amabilité nous avons pu
mener à bien notre modeste
tâche. Nous le prions d'agréer
nos sincères remerciements.

A TOUS MES MAITRES

A MES AMIS LES DOCTEURS

DELRIEU ET HOULEZ

Les heures bonnes et mau-
vaises passées ensemble seront
notre plus doux souvenir d'é-
cole.

INTRODUCTION

Si l'infection puerpérale post-partum qui, avant l'ère pastorienne, foudroyait chaque année dans les services d'accouchées des milliers de femmes a sensiblement diminué grâce aux règles sévères et rigoureusement appliquées de l'asepsie qui régissent les Maternités, il n'en est malheureusement pas de même des infections post-abortum ; tout d'ailleurs concourt ici à les faire naître, soit qu'il y ait rétention placentaire ou putréfaction de l'arrière-faix dans la matrice, soit que dans la plupart des cas, la brutalité des manœuvres employées inconsidérément, l'absence de tout soin de propreté, l'entrée tardive à l'hôpital, alors qu'il existait déjà des accidents graves, ont permis aux germes infectants d'envahir la zone génitale.

Souvent, soit spontanément, soit à la suite d'un traitement approprié, le microbe envahisseur sera expulsé ne donnant lieu qu'à une légère réaction ; mais que de fois l'infection ne se bornant pas seulement à lécher la muqueuse utérine, va envahir progressivement le muscle

sous-jacent donnant la métrite puerpérale ; ou gagnant les ligaments larges, les trompes, provoquer le phlegmon du ligament large, la salpingite et envahissant bientôt le péritoine, donner lieu suivant les cas à une pelvi-péritonite localisée ou à une péritonite généralisée. Enfin provoquer dès son passage dans le torrent circulatoire une septicémie. C'est sur cette marche de l'infection qu'insistait M. Tuffier au Congrès de Rome de 1902 lorsqu'il disait : « L'infection puerpérale affecte des « modes et des degrés divers si bien que l'on peut dire « qu'il n'y a pas une infection puerpérale mais des « infections puerpérales. Il y a des infections localisées : « métrites annexites, périmétrites ; il y a des infections « péritonéales plus ou moins étendues ; il y a enfin « l'infection généralisée à tout l'organisme ; il y a l'in- « fection aiguë et même suraiguë..., il y a l'infection « subaiguë. Il y a l'infection qui reconnaît comme point « de départ une plaie du périnée ou du vagin ou une « rupture utérine et il y a l'infection partie de la cavité « utérine elle-même et des parois qui la limitent. »

Toutes ces étapes sont franchies avec une rapidité plus ou moins grande : mais il semble, comme le dit Klein, que les infections abortives évoluent plus lentement que l'infection puerpérale post-partum. Peut-être l'explication en est-elle en ce que l'utérus abortif est moins vascularisé que l'utérus puerpéral creusé de lacs sanguins (Doléris).

Les accoucheurs ont à leur disposition plusieurs moyens thérapeutiques qui leur permettent d'enrayer souvent cette marche en avant de l'infection : quelquefois la méthode des bains froids, des abcès de fixation avec

relèvement des forces de la malade comme traitement médical, ou l'injection intra-utérine additionnée d'un antiseptique quelconque, le curage digital, l'écouvillonnage avec irrigation continue comme traitement local, quelquefois, disons-nous, tous ces moyens pourront sauver bien des infectées. Malgré cette thérapeutique conservatrice la mortalité est encore assez élevée : aussi les chirurgiens ont-ils proposé un traitement radical espérant apporter une nouvelle planche de salut à ces malheureuses qu'il faut nous borner souvent à « regarder mourir ».

Car « lorsqu'on est convaincu, dit Bonamy, que l'infection qui continue, a gagné la paroi utérine elle-même et qu'elle a franchi la première barrière que lui opposait la muqueuse utérine, nous disons qu'alors l'hystérectomie est aussi logique que paraît être l'amputation du membre pratiquée par le chirurgien, quand après avoir épuisé toute la série des opérations palliatives locales, il sent qu'il n'est plus le maître de l'infection, qu'elle se généralise, et qu'en enlevant radicalement le foyer infectieux, il tente la suprême chance qui lui reste pour sauver son malade. »

Les infections localisées, collections péri-utérines, cellulite, phlegmons du ligament large, doivent être éliminées de notre sujet. Ici en effet les indications thérapeutiques sont le plus souvent facile à établir et ne comportent guère la discussion du principe « la chirurgie est dans son domaine » et les incisions, extirpations, drainages, sont de droit. Il en est de même lorsqu'il s'agit d'une complication par la présence d'un fibrome, d'un cancer, d'une môle, lorsque le diagnostic de cette complication a

pu être fait par l'examen de la malade; dans ces cas encore les indications de l'intervention chirurgicale semblent évidentes. Nous nous étendrons peu sur les péritonites post-abortum : depuis longtemps elles sont entrées dans le domaine chirurgical ; nous aurons cependant à en parler car il nous est souvent difficile de déterminer la limite exacte entre une péritonite puerpérale généralisée et une septicémie à point de départ utérin. D'ailleurs nous ne ferons que rapporter les idées émises par M. Jeannin à ce sujet.

Mais ce qui vous intéressera principalement dans notre travail : c'est l'infection à forme septicémique reconnaissant pour cause une métrite septique post-abortum.

Après avoir esquissé un historique de la question nous déterminerons les différents modes des infections abortives et, c'est de ces formes si diverses, du tableau clinique surtout, que nous déduirons les indications opératoires. Puis nous exposerons les raisons qui nous font préconiser l'hystérectomie vaginale et à l'appui de toutes nos assertions nous apportons les différentes observations que nous avons pu recueillir.

CHAPITRE PREMIER

Historique

L'Hystérectomie dans les infections puerpérales post-partum ou post-abortionum est relativement récente. Les premières interventions furent faites à Iéna par Schultze en 1886 et Skutsch en 1888. Mais c'est Roosemburg, de la Haye, qui dans un cas de rétention placentaire absolue post-abortionum avec accidents fébriles pratiqua pour la première fois l'hystérectomie par la voie vaginale (1888 Obs. I).

C'est surtout en Amérique que l'hystérectomie fut appliquée au moins au début du traitement des infections puerpérales. (Observations de Sippel et Goldsborough 1894, Davis, Peterson, Baldy, Pryor, Robinson 1895).

Tuttle et Holmes en 1895 comptent l'hystérectomie en général parmi les indications thérapeutiques de l'infection puerpérale. La même année, à la 46^e réunion an-

nuelle de l'Association médicale américaine, Smith (de Montréal), Duff, Noble, Peterson préconisent l'intervention que combattent Price et Da Costa. En 1896 Carpenter, Vineberg rapportent chacun un cas heureux d'hystérectomie vaginale.

En France, jusqu'en 1898, les essais furent timides (Bouilly 1893, Hartmann 1896, Faure 1897). En 1895, Wintrebert dans sa thèse inspirée par Bouilly conclut à l'efficacité de l'hystérectomie dans les cas d'infection limitée au corps utérin et aux annexes avec phénomènes généraux et recommande la voie vaginale dans les cas d'infection consécutive à un avortement survenu dans les premiers mois de la grossesse.

En 1899 Tuffier publie un article dans la Revue de gynécologie où malgré deux cas peu heureux qu'il rapporte, il espère de bons résultats de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale à condition d'opérer à temps. C'est cette idée que son interne, M. Bonamy, développe et soutient dans sa thèse parue la même année. Il rapporte 31 cas dont 20 guérisons.

En 1901, la *Société obstétricale de Paris et la Société de Chirurgie* abordent la discussion de cette question. Tandis que la majorité des chirurgiens se déclaraient partisans de l'intervention, les accoucheurs y étaient plutôt défavorables. Défendue par MM. Terrier, Tuffier, Picqué, Rochard, Faure et Demelin, l'hystérectomie rencontre des adversaires irréductibles en MM. Régnier, Ricard, Poirier, Segond, Quénu, Chaput, Tissier, Budin, Maygrier, Porak et Boissard. Bien entendu il ne s'agissait que de l'hystérectomie appliquée

au traitement de l'infection puerpérale généralisée et non de l'ablation de l'utérus en cas de lésions locales.

A signaler la thèse de Benoist (1901) où l'auteur s'inspirant des idées de M. Mauclaire conclut à la légitimité de l'hystérectomie dans les formes utérines locales, endométrites, gangrène, abcès de la paroi donnant des symptômes que l'on a fait rentrer dans ceux de l'infection puerpérale généralisée quoique l'utérus soit le seul foyer d'infection. Il préconise la voie abdominale, l'hystérectomie vaginale présentant quelques difficultés.

La thèse de Zipperlen (Die total extirpation des septischen uterus, Tübingen 1899) en Allemagne, le mémoire de Trotta (L'isterectomia nelle infezioni sub partu ed in puerperio Naples 1901) en Italie rapportent de nouvelles interventions.

Les années 1902-1903 furent fertiles en documents et discussions sur la question qui nous intéresse.

C'est d'abord au *Congrès international d'obstétrique et de gynécologie* tenu à Rome en septembre 1902 où le problème de l'hystérectomie dans le traitement de l'infection puerpérale est à l'ordre du jour. Successivement Fehling, Léopold, Treub, Tuffier, Freund lisent leur rapport.

M. *Fehling* est partisan de l'extirpation de l'utérus « dans les cas où le foyer de l'infection ou de l'intoxi-
« cation est restreint à l'utérus, à savoir : dans la réten-
« tion avec putréfaction du placenta, dans la putréfac-
« tion des myomes pendant les suites de couches ou
« des restes ovulaires à la suite d'avortement. Toutes
« les fois cependant que l'on se trouve dans l'impossi-
« bilité de les éloigner par d'autres moyens que l'hysté-

« rectomie. En cas de sépticémie généralisée l'extirpation de l'utérus ne donne aucune chance de succès et on ne doit pas conseiller cette opération ».

M. *Léopold* cherche par l'hystérectomie à enlever l'origine de la maladie. Il arrive aux mêmes conclusions que M. Fehling mais en plus conseille l'extirpation des veines atteintes de suppuration.

M. *Treub* trouve que les moyens usités dans l'infection puerpérale localisée entièrement à l'utérus sont suffisants dans la grande majorité des cas. Dans quelques cas exceptionnels où le traitement obstétrical échoue, l'hystérectomie pourra réussir mais son indication ne devra être posée qu'après un examen clinique très exact et une évaluation consciencieuse du pour et du contre de l'opération. « Celui qui fait beaucoup d'hystérectomies dans ces cas là, ajoute-t-il, en fait certainement trop ».

M. *Tuffier* reconnaît que « l'anatomie pathologique » démontre dans l'infection puerpérale aiguë certaines « lésions rares mais indiscutables qui sont justifiables de l'hystérectomie. La clinique peut elle reconnaître ces cas ? Chacun des symptômes pris isolément n'est pathognomonique de l'intervention : c'est l'ensemble clinique, le tableau du malade, le complexe symptomatique qui peuvent entraîner notre conviction. A quel moment doit-on intervenir ? L'accoucheur seul en est le juge ; c'est son impuissance reconnue par lui-même qui crée l'indication opératoire, mais de notre côté c'est la résistance encore suffisante de la malade, résistance reconnue par nous chirurgiens, qui doit nous faire accepter ou refuser l'intervention. »

Dans les formes subaiguës M. Tuffier préconise la voie vaginale et réserve la laparotomie aux infections aiguës et à la suite d'un accouchement ou d'un avortement récents.

M. *Freund* croit que l'hystérectomie peut être prise en considération pourvu qu'elle soit pratiquée à temps :

a) Dans la métrite septique avec rétention de tout le placenta ou d'une partie lorsque toutes les tentatives de délivrance par les voies naturelles auront échoué.

b) Dans les cas de métrite compliquée de pyohémie, apparaissant subitement à la suite d'un avortement provoqué criminel.

Dans les formes tardives de la fièvre septique on ne doit pas intervenir.

Dans la discussion qui suivit la lecture de ces rapports M. *Doléris* admet l'hystérectomie dans les cas graves à allure prolongée, la malade faisant les frais de la résistance.

M. *Pichevin* estime que l'hystérectomie ne doit être faite que lorsqu'il y a des signes de gangrène de l'utérus.

M. *Hofbauer* défend le traitement sérothérapique contre l'acte chirurgical.

Pour M. *Duret* les septicémies puerpérales avec lésions locales apparentes sont justiciables de l'hystérectomie. Pour celles qui n'offrent aucune lésion apparente et qui ont pour cause une infection que le curettage ne peut détruire, l'hystérectomie vaginale ou abdominale pourra les enrayer ; mais en présence d'accidents pyohémiques il est douteux que l'ablation de l'utérus soit efficace.

M. *Jayle* conclut à l'hystérectomie dans les cas désespérés. Il donne la préférence à la voie abdominale.

M. *Zweifel* préconise l'hystérectomie mais avec ablation de la veine hypogastrique ou se trouve souvent un foyer de thrombose.

M. *Spinelli* se montre sceptique et ne fait opérer que dans les indications positives.

M. *Mazzuchi* préfère le curettage.

M. *Marisani* ne peut se prononcer. Comme technique il préconise la voie abdominale.

M. *Fargas* n'intervient que dans les infections subaiguës ou chroniques avec localisation.

M. *Pinard* admet l'hystérectomie dans les rétentions au placenta ou de fibromes putréfiés.

M. *La Torre* considère l'hystérectomie comme l'ultima ratio.

La question de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë fut reprise l'année suivante au *Congrès international de Madrid du 23 au 30 avril 1903*. M. *Pinard*, dans son rapport, non seulement accueille mais sollicite l'action chirurgicale dans toutes les circonstances où elle lui paraît nettement indiquée. Il admet les conclusions de MM. *Fehling*, *Léopold* et *Treub* au congrès de Rome qui sont identiques à celles de ses recherches personnelles. Laissant de côté les cas exceptionnels et bien déterminés où la rétention placentaire, la putréfaction d'un fibrome utérin, ou un traumatisme de l'utérus (déchirure ou inversion) peuvent constituer une indication d'hystérectomie, il arrive à cette conclusion que la clinique, la bactériologie et l'anatomie pathologique sont « à l'heure actuelle impuissantes à fournir » une indication d'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë post partum ou post-abortionum. L'indication

« rationnelle de l'hystérectomie hormis les cas exceptionnels ci-dessus énoncés n'existe pas. » M. Cartiguera, envisage successivement l'hystérectomie dans les cas de rétention lochiale, fibromes sphacelés, gangrène de l'utérus, d'avortement incomplet, etc... et conclut : « Le traitement intra-utérin guérit presque tous les cas s'il est employé au moment opportun et avec la rigueur suffisante. Dans les cas rares où les remèdes locaux ne suffisent pas pour combattre l'infecto-toxémie l'hystérectomie sera indiquée... La péri-tonite généralisée et la septicémie ne sont pas des contre-indications de l'opération. »

M. Doléris appuie la thèse de M. Pinard. « Nous devons chercher à perfectionner le diagnostic par l'étude clinique des malades et n'opérer que dans les cas où il y a un petit foyer qui déverse des toxines dans l'économie. »

C'est cette même année (juin 1903) que parut la thèse de Mouchatte. Ce travail résume tout ce qui avait été dit jusque là sur l'hystérectomie dans l'infection puerpérale post-abortum.

En septembre 1903 nous trouvons dans (*l'American Journal of obstetrics*) une étude de Boldt sur le traitement chirurgical de l'infection puerpérale. Pour cet auteur l'hystérectomie est contre-indiquée dans les formes aiguës-septicémique ou pyohémique, quand il y a du stéptocoque dans le sang. Dans les autres cas on doit agir selon les conditions présentes. En 1904 paraît dans (*la Gynécologie*) un article de Faure qui recommande la voie vaginale dans l'hystérectomie pour infections post-abortum.

En 1905, les thèses de Ricou, Galland, Carnus, apportent de nouveaux documents sur la question.

Greene Cumston, dans l'*American Journal of obstetrics* (novembre 1905) soutient qu'il serait raisonnable de traiter certains cas de septicémie puerpérale par l'hystérectomie, mais qu'actuellement il n'y a aucun signe clinique qui permette une indication suffisante. Dans les cas de septicémie aiguë, on doit s'abstenir. Dans un cas de septicémie secondaire à lente évolution, on doit intervenir.

Boldt rapporte à la Société obstétricale de New-York un cas d'hystérectomie pour péritonite purulente après avortement criminel. Rosthorn préconise l'ablation de l'utérus dans la rétention de produits placentaires avec infection : la voie vaginale est toujours recommandée, sauf dans le cas de carcinome concomitant. Enfin, Christeanu préconise l'hystérectomie, mais surtout dans les infections péritonéales.

En 1906, Doléris, dans son travail intitulé : « Traitement intégral de l'infection puerpérale » conclut qu'il y a plus de danger à agir par le moyen de l'hystérectomie qu'à s'abstenir dans la période initiale de l'infection ; mais il y a une chance de succès dans les formes lentes, remittentes et, dans ces cas, fournir au terrain une condition de résistance par la suppression d'un foyer utérin ou para-utérin, est avantageux en principe. Le sens clinique, le tact, l'expérience peuvent seuls décider au choix des cas qui doivent être rares.

M. Jeannin, dans l'*Obstétrique*, étudie surtout les péritonites puerpérales.

Au XIV^e Congrès de l'Association française de Chirur-

gie, M. Deletrez, de Bruxelles, rapporte deux cas d'infection puerpérale traités l'un par l'hystérectomie vaginale, l'autre par la voie abdominale, cette dernière suivie de mort. L'auteur conclut que l'hystérectomie est nettement indiquée dans quelques cas d'infection puerpérale : on se basera sur l'inefficacité des moyens habituellement employés, sur les oscillations de la température, sur l'ensemble des symptômes généraux et sur la cause de l'infection. « Comme pour l'appendicite, on ne « doit intervenir ni trop tard, ni trop tôt et n'agir « qu'après une évaluation consciencieuse du pour ou « contre de l'opération. »

MM. Tissier et Vezard rapportent un cas d'hystérectomie pour gangrène localisée de l'utérus abortif.

En 1907, Auguste Turenne faisant un rapport au III^e Congrès médical latino-américain de Montevideo, n'admet l'hystérectomie pour infection puerpérale que dans la métrite et les abcès de l'utérus.

Précédemment, en 1898, Turenne avait rapporté un cas d'abcès de l'utérus traité avec succès par l'hystérectomie vaginale.

Latzko, de Vienne, préconise l'hystérectomie dans la fièvre post abortive qui est due à la putréfaction du délivre placentaire. Seuls, les symptômes cliniques doivent décider de l'intervention qui sera la voie vaginale dans les utérus petits.

Sinclair, dans un article paru dans le journal *Surgery Gynecology and Obstetrics*, préconise la voie vaginale.

Stewart, parlant du traitement chirurgical de l'infection puerpérale, conclut à l'utilité de l'opération qui, pour être utile, doit être précoce ; le fait de l'inégalité

de résistance montre une fois de plus l'utilité de l'intervention hâtive.

En 1908, Henkel rapporte trois cas d'hystérectomie vaginale pour infections post abortives avec trois guérisons. Il conseille l'extirpation de l'utérus septique dans tous les cas où l'examen bactériologique du sang et des lochies montrent le danger du traitement conservateur. Il préconise la voie vaginale contre l'opinion de Herff. Quant au cas de pyoémie, il conseille la ligature des veines thrombosées.

M^{me} Natanson-Rapport, dans sa thèse sur les différents traitements de l'infection puerpérale, fait mention de l'hystérectomie, tout en reconnaissant que les indications opératoires sont difficiles à déterminer.

En 1909, Bumm, dans un article, ne croit pas à l'efficacité de l'hystérectomie dans les formes foudroyantes ; peut-être peut-on attendre quelques résultats heureux dans les streptococcémies chroniques.

Gordon, dans le *British medical Journal*, rapporte que sur deux cent cinquante cas de fièvre puerpérale à type sévère, il n'a enlevé l'utérus qu'une seule fois, par la voie abdominale, avec succès. Dans cinq autres cas, où il céda plutôt aux sollicitations de son entourage, il n'obtint aucun résultat heureux.

Au 16^e *Congrès International de Médecine* tenu à Budapest, M. Le Jemtel, d'Alençon, examinant successivement les indications de l'hystérectomie vaginale en général, la rejette dans les cas d'infection puerpérale où l'abstention doit être la règle.

A la *Société d'Obstétrique et de Chirurgie de Berlin*, M. Koblanck, grand partisan du traitement chirurgical,

expose les opérations qu'il a pratiquées; mais il est persuadé qu'elles ne sont pas suffisamment larges et, à l'avenir, il n'hésitera pas à faire l'ablation totale de l'utérus, Il considère la présence des streptocoques hémolytiques comme une indication primordiale de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale. Chez les femmes en imminence de septicémie, il préconise la voie vaginale : dans les autres cas, la voie abdominale avec ablation des veines thrombosées, du tissu cellulaire enflammé et des ligaments larges souvent abcédés. M. Veit est d'accord sur la plupart des points avec M. Koblanck, mais il conseille d'admettre l'existence de thromboses, même dans les formes où le streptocoque passe dans le sang et de pratiquer la ligature des veines; d'autre part, il déconseille l'hystérectomie dans la septicémie aiguë avec streptococcémie.

M. Sachs confirme ce fait que les cas d'infection grave sont dus presque toujours au streptocoque hémolytique; sa présence est la seule indication formelle à une grosse intervention. Il faut tenir compte de la localisation et de la résistance organique; l'auteur arrive même à établir une formule pour le pronostic de l'infection.

M. Schœffer rapporte cinq cas d'hystérectomie vaginale pour infection, tant post-partum que post-abortion, avec guérison dans les cinq cas.

A la *Société des Médecins de Vienne*, M. Latzko présente trois femmes opérées avec succès pour infection puerpérale après avortement. Dans les trois cas il y avait des streptocoques dans le sang. L'auteur conclut à la légitimité de l'intervention a) dans les lésions de l'utérus avec élévation de température; b) dans la réten-

tion des membranes ne pouvant être enlevées par un autre procédé; c) dans les cas où la température dépasse 39° pendant 24 heures (23 opérations avec 19 guérisons; d) dans les cas avec frissons répétés; e) dans tous les cas où la guérison spontanée paraît douteuse.

A la *Société Obstétricale de France*, MM. Brindeau et Chirié rapportent le cas d'une femme opérée pour une péritonite consécutive à des manœuvres abortives criminelles : l'hystérectomie vaginale fut pratiquée avec succès.

En 1910. C'est surtout en Allemagne que nous trouvons des observations sur l'hystérectomie dans l'infection puerpérale post-partum ou post-abortion. La ligature des veines thrombosées est très recommandée.

Osterloh rapporte plusieurs cas où il lia les veines spermatiques.

Veit, au Congrès de gynécologie de Leipzig, établit un rapport entre ses opérations qui restèrent sans succès et les résultats heureux qui lui furent rapportés de la clinique de Strasbourg. Il conclut que la présence de streptocoques dans le sang n'implique pas un pronostic fatal : l'extirpation de l'utérus, qui essaie d'arrêter cette marche infectieuse, n'est cependant pas utile.

Winter, au Congrès de gynécologie de St-Petersbourg, après avoir rapporté une statistique des cas où il intervint par une thérapeutique énergique, conclut que la présence de streptocoques dans les lochies, doit nous dicter une grande réserve jusqu'à la disparition de l'agent infectieux.

Enfin, *en 1911*, M. le professeur Leriche rapporte à Société de Chirurgie de Lyon, deux cas de septicémie

puerpérale post-abortum où il eut à enregistrer une guérison et une mort. Ce sont ces deux observations qui nous ont inspiré le sujet de notre thèse.

CHAPITRE II

Formes cliniques des infections post-abortum

Après un avortement, la surface d'insertion placentaire est une plaie exposée à l'infection microbienne. Le microbe pathogène de cette infection post-abortum est, dans la majorité des cas, le streptocoque auquel s'associent parfois le staphylocoque ou le colibacille. Le plus souvent ces germes sont introduits par hétéro-infection en ce sens que la main septique d'une sage-femme, une canule souillée, des manœuvres aveugles et criminelles, sont la cause de ce transport microbien au niveau de l'utérus ; dans les cas plus rares, il s'agit d'une auto-infection due à la présence d'un microbe pathogène dans les voies génitales supérieures. Certaines conditions, d'ailleurs, favorisent l'infection puerpérale : tout d'abord la rétention de débris placentaires, surtout fréquents après les avortements ou des fragments de membranes, des cotylédons placentaires se greffant sur la muqueuse

utérine, représentent autant de points d'inoculation persistante, et fournissent aux germes un terrain de culture ; en second lieu, l'état d'hyperplasie et de congestion qui suit l'avortement et qui ne se dissipe que lorsque l'involution utérine s'accomplit régulièrement, ramenant l'organe à son volume normal et diminuant progressivement la plaie utéro-placentaire.

Les germes infectieux ayant envahi la zone utérine, peuvent donner plusieurs formes pathologiques qui se traduiront par des symptômes généraux : frisson, élévation de la température, accélération du pouls, odeur des lochies.

Mais ces symptômes ne seront pas les mêmes, au point de vue clinique, dans les différentes phases de l'infection post-abortum.

Aurons-nous à faire à une *endométrite putride*, dans laquelle la caduque est décomposée par les germes de la putréfaction sans que les germes septiques soient intervenus ? La malade n'aura qu'un léger frissonnement avec une faible élévation de la température. Après un lavage intra-utérin, tout rentrera dans l'ordre.

Dans l'*endométrite localisée*, où l'on trouve en plus des agents de la putréfaction, surtout des streptocoques sur la couche nécrosée de la muqueuse, nous observerons des frissons plus marqués, la température oscillera entre 38° et 39° : quelques irrigations antiseptiques, quelquefois un curettage soigneusement fait, auront rapidement raison de cette invasion microbienne. Mais à côté de ces deux classes d'endométrites si bien étudiées par Bumm, nous pouvons assister à une troisième forme bien plus grave : l'*endométrite septique avec infection*

générale consécutive. Le début est caractérisé par un frisson suivi du stade de chaleur et de sueur. La température poursuit impitoyablement sa marche ascendante. Il y a discordance entre le pouls et la température, 120 à 130 pulsations cardiaques à la minute. L'anxiété de la malade, le délire, l'insomnie sont les signes d'une intoxication déjà profonde : les symptômes généraux dominent la scène.

L'abdomen, légèrement distendu, est peu douloureux à la pression. La langue est sèche, la soif ardente, la respiration présente le type dyspnéique. Le facies se grippe, les extrémités sont cyanosées, une teinte subictérique envahit progressivement les conjonctives. L'involution utérine s'arrête. Les lochies, d'abord abondantes, constituées par du sang rouge, deviennent bientôt sanguinolentes, puis brúnâtres et fétides et finissent quelquefois par disparaître. Les urines contiennent souvent de l'albumine.

La barrière formée par les cellules rondes dans la forme précédente n'existe plus. Le streptocoque a envahi le muscle sous-jacent : les fentes lymphatiques regorgent de microbes ; l'utérus sera transformé bientôt « en une véritable éponge purulente » par la formation de multiples abcès. Les toxines microbiennes envahissent l'économie, c'est une véritable toxinhémie à point de départ utérin.

Mais soit par continuité de tissus, soit par les lymphatiques, les agents pathogènes peuvent envahir la trompe ou les espaces péri-utérins donnant *une salpingite, un phlegmon du ligament large, une cellulite pévienne ou une péri-méto-salpingite* de Pozzi ; ces diffé-

rentes formes d'infection tant post-abortum que post-partum entrent de droit, comme nous le disions précédemment dans le domaine chirurgical. Actuellement l'accord est fait : l'intervention est de règle. Aussi les éliminions-nous du cadre de notre sujet dans lequel la discussion opératoire est encore à l'ordre du jour.

A un degré plus élevé nous assisterons à des phénomènes *péritonéaux* d'emblée primitifs ou consécutifs à une endométrite ou à une péri-métri salpingite, à une perforation utérine post-abortum. Cette *péritonite généralisée* débute par un frisson unique très violent et par de la douleur. L'abdomen est très sensible ; la malade dans le décubitus dorsal, la tête élevée, fléchit les jambes pour relâcher ses muscles abdominaux. Face pâle ou subictérique, expression d'angoisse, nez effilé, yeux excavés et cerclés de bleu, voix cassée, telle est l'habitus de la malade. Outre le ballonnement du ventre, les vomissements incessants, d'abord muqueux, deviennent verdâtres et fécaloïdes. Les lochies diminuent, peuvent disparaître ou devenir fétides. La langue d'abord humide devient bientôt sèche. La fièvre plus élevée le soir que le matin ne descend pas au-dessous de 39° 5 et s'élève jusqu'à 40°, 41°. Le pouls oscille entre 110-120. Le plus souvent la malade s'affaiblit de plus en plus et meurt dans le coma. Si, ce qui est très rare, elle guérit, c'est par une sorte de localisation des phénomènes inflammatoires.

Mais dès que les agents microbiens ne restant plus cantonnés dans le muscle utérin, ont envahi l'économie par voie sanguine, la symptomatologie va changer du tout au tout : nous serons en présence d'une *septicémie*

ou d'une *pyohémie* puérpérale qui ne sont, comme l'a fait remarquer Siredey, que des degrés d'une seule et même infection. Dans la première forme les accidents sont si rapides que l'intoxication est d'emblée suraiguë et que les lésions locales n'ont pas le temps de s'établir comme dans la pyohémie.

Dans les formes streptococciques la température est très élevée, avec ascension thermique entre 40° et 41°, les frissons sont très fréquents, le pouls est rapide, de 130 à 150 à la minute : la dyspnée considérable, 50 à 60 respirations et par contraste les phénomènes locaux sont presque nuls. Le pouls est plus rapide encore que la température ne le comporte. La mort se produit en général quatre jours après l'invasion du sang.

Dans les formes staphylococciques, les phénomènes généraux sont tous semblables, mais il apparaît des localisations dans le tissu cellulaire sous forme de suppurations phlegmoneuses.

Si nous avons affaire à une pyohémie, les symptômes généraux dominant d'abord la scène ; la fièvre atteint 39°, 40° ; la diarrhée est abondante. Les urines sont rares et albumineuses. Mais bientôt apparaissent les abcès métastatiques dans le foie, le poumon, les articulations : les oscillations irrégulières de la température sont alors la signature de chaque nouvelle localisation. La mort ne survient que très tard, sauf dans les cas de thrombose de l'artère pulmonaire surtout fréquente vers le 13° ou le 14° jour après l'avortement.

En somme les infections abortives peuvent se rapprocher des infections post-partum et se présenter à nous sous le même tableau clinique avec des symptômes

généraux d'intensité plus ou moins marquée. Mais trois formes nous semblent surtout fréquentes dans les infections post-abortum : l'*endométrite putride avec infection généralisée ou toxinhémie*, la *péritonite primitive d'emblée* ou *secondaire* soit à une lésion utérine, soit à une perforation traumatique ou gangréneuse et la *septicémie généralisée* à point de départ utérin avec ou sans accidents pyohémiques ; nous en avons tracé rapidement pour chaque forme un tableau clinique : c'est lui, surtout, qui joint quelquefois aux données très aléatoires du laboratoire nous fournira les indications opératoires que nous allons traiter dans le chapitre suivant.

CHAPITRE III

Indications de l'Hystérectomie vaginale dans les infections abortives.

Nous abordons maintenant un des points capitaux de notre travail qui a toujours été le sujet de toutes les discussions.

Quand croit-on pratiquer l'hystérectomie et quelles sont les indications opératoires des infections abortives? Ce problème que nous nous posons actuellement nous n'essaierons pas de le résoudre mathématiquement en posant comme axiome : « dans toute infection post-abortum on doit pratiquer l'hystérectomie ». Non, de telles règles immuables peuvent être le critérium des sciences pures, mais ici c'est à la clinique seule que le chirurgien ou l'accoucheur doit s'adresser pour solutionner cette question.

Ce moment précis où nous devrions pratiquer l'hystérectomie dans l'infection puerpérale post-abortum est

sans doute très difficile à déterminer. C'est l'instant où les microbes intra-utérins tout d'abord cantonnés sous la muqueuse et dans le corps de l'utérus franchissent la barrière que leur opposait les cellules rondes et vont envahir l'organisme ou encore, l'instant où les toxines secrétées au niveau de la matrice en quantité trop grande pour être éliminées, vont produire une infection toxinhémique.

Pouvons nous diagnostiquer ce moment précis qu'il serait souvent une faute pour le chirurgien de laisser passer ? Peut-être, si nous ne nous laissons pas guider seulement par le raisonnement mais si nous nous basons surtout sur les symptômes cliniques, quelquefois sur l'examen bactériologique ou cytologique du sang, rarement sur les signes locaux.

Mais tout d'abord ne soyons pas exclusifs au point de nier tout autre traitement curatif des infections abortives ? Sûrement le curettage, le curage digital, l'écouvillonnage, les injections intra-utérines suffiront dans bien des cas : mais dès que ces moyens thérapeutiques dont on doit attendre un résultat rapide ont échoué, nous ne devons pas hésiter plus longtemps et nous adresser à d'autres traitements aléatoires et à longue échéance. Nous sommes alors en droit de pratiquer une hystérectomie en nous basant également sur d'autres symptômes cliniques que nous allons énumérer dans la suite.

Quels seront donc les signes de l'inefficacité de la thérapeutique conservatrice employée ?

Ce sera surtout la courbe de la température si bien

étudiée par Pinard et Wallich qui reconnaissent trois tracés :

a) Le tracé à chute définitive ; rapidement tout rentre dans l'ordre.

b) Le tracé à chute progressive : la température décroît en lysis pour être à 37° vers le 4^e ou 5^e jour.

c) Le tracé progressivement ascendant où la courbe poursuit son ascension malgré les traitements employés.

Or, après un curettage, après un lavage intra-utérin, qui doivent être efficaces, M. Champetier de Ribes a fait remarquer que la température devait descendre en escalier. Si elle ascensionne, c'est que les agents pathogènes ne sont plus limités à la muqueuse utérine, ils ont progressé dans le muscle sous-jacent et bientôt ils envahiront l'économie. C'est alors que nous ne devons pas nous attarder à faire d'autre curettage et l'observation de Stenson que nous rapportons est peut-être un exemple frappant d'une opération trop tardive.

Mais tout le monde semble d'accord avec MM. Ricard et Quériel pour refuser à la température considérée isolément la valeur d'une indication à l'intervention. A la thermalité nous devons joindre l'état du pouls et c'est ainsi que nous comprenons la phrase de M. Zipperlen « le thermomètre et le doigt au pouls montreront le bon chemin ».

Le pouls reste autour de 120 à 150, malgré le traitement institué. Sa rapidité et sa petitesse peuvent donc indiquer qu'une forme d'infection est sérieuse, surtout si la courbe des pulsations se tient supérieure à la courbe thermique. Quand les deux tracés vont en divergeant, lorsqu'il y a dissociation du pouls et de la tem-

pérature, le pronostic est très assombri. Ce signe est peut-être un des meilleurs que possède le clinicien au point de vue qui nous intéresse.

Quant aux frissons, nous ne leur accordons pas l'importance qu'y attachait Carpenter quand il disait : « Dès qu'on est sûr que la malade est atteinte de fièvre puerpérale, dès qu'on se trouve en présence d'un deuxième frisson, l'hystérectomie est indiquée. Il n'y a pas d'autre alternative. C'est le seul moyen d'empêcher la propagation du procès pyohémique. » Les frissons, surtout, s'ils sont répétés, doivent cependant être pris en considération ; de même dans la péritonite, où un frisson d'une intensité extrême est un des signes de la propagation de l'infection à la grande séreuse, et dans les accidents pyohémiques, où chacun pris isolément, est l'indice d'une nouvelle localisation microbienne.

Abcès et gangrène de l'utérus. — A l'examen des utérus enlevés dans la majorité des observations que nous rapportons, nous voyons que le corps utérin, ou bien présentait des lésions gangréneuses, ou bien était farci de multiples abcès. S'il nous était donc possible de diagnostiquer par un ensemble de symptômes cliniques, ces lésions anatomiques où l'extirpation de l'utérus s'impose, nous aurions là de sérieuses indications opératoires (Maygrier, Picqué).

Sans doute ces abcès utérins ont été niés longtemps par les auteurs. Dans le traité de chirurgie de Duplay et Reclus, Delbet se prononce contre l'existence de supurations sous-muqueuses et même contre la propagation de l'inflammation par les lymphatiques. « Il

n'existe pas un seul cas de véritable abcès de l'utérus. » Dans nos observations, on verra combien cette assertion est erronée.

On trouve bien de véritables abcès de l'utérus transformant ce dernier en une vaste éponge purulente. Pichevin et A. Petit en ont fait une étude très complète. L'abcès de l'utérus est surtout fréquent dans l'état puerpéral post-partum ou post abortum : il a été étudié dans cette circonstance par Mauriceau, Van Switen et Lamotte. Auguste Turenne n'admet l'hystérectomie que dans la métrite et les abcès de l'utérus : et en 1898, il rapporte un cas heureux d'hystérectomie vaginale pratiquée dans cette circonstance. Lorsque l'infection a envahi le muscle utérin et lui a fait subir ses ravages, elle est prête à s'étendre, à envahir l'économie. L'hystérectomie qui enlève à ce moment ce foyer d'infection et de toxines apporte la seule chance de salut à la malade.

Quant aux lésions gangréneuses, elles peuvent être généralisées ou circonscrites à un endroit isolé de l'utérus. Fieux, en 1910, rapporte un cas typique où une perforation du corps utérin amena une péritonite : il s'agissait d'une infection post-abortum où, derrière le placenta enchatonné, on trouva une collection de liquides exsudés dont l'infection résultant aussi bien d'une manœuvre peu septique que de la stagnation, se propagea à la paroi utérine, sans doute amincie par l'insertion placentaire, et en détermina le sphacèle.

Une symptomatologie assez précise caractérise tant les abcès que la gangrène de l'utérus.

L'abcès est la résultante d'une métrite parenchyma-

teuse. Il est précédé d'une période de fièvre indiquant le processus infectieux ; parfois la courbe thermique baisse jusqu'à l'apparition de l'abcès qui se manifeste par une nouvelle élévation de la température et un grand frisson. Une fois la collection purulente formée, la température oscille irrégulièrement ainsi que la courbe du pouls, les frissons se répètent ; il existe de vives douleurs dans l'abdomen. L'utérus est gros, douloureux au palper, les lochies sont fétides. M. Picqué insiste sur l'extraordinaire béance du col en pareil cas. M. Burdin put faire le diagnostic en introduisant le doigt dans l'utérus : ce toucher fit reconnaître un abcès de la paroi latérale droite de l'organe.

Quant à la gangrène utérine, dont la première description clinique a été faite par Beckmann, elle se caractérise d'abord par une fièvre débutant trois ou quatre jours après l'avortement : 38°-40°. La courbe du pouls est sans cesse au-dessus de la courbe thermique ; l'état général est alarmant dès ce début. Le fond de l'utérus est même plus haut qu'après l'avortement ; le col est très élevé. Les lochies sont fétides, brun-noirâtres : leur odeur rappelle celle de la gangrène pulmonaire et se perçoit même à distance. Vers la troisième semaine, en pesant sur l'abdomen, on fait couler hors des voies génitales de véritables flots de sanie purulente, en même temps que s'échappent parfois des gaz fétides. Les lochies charrient des lambeaux de muqueuse utérine qui, quand ils existent, signent le diagnostic.

A partir du cinquième ou du septième jour, on note le gonflement des parois utérines ; cet état particulier est bien senti par le toucher intra-utérin longtemps

facile grâce à la grande et persistante béance du col. Parfois on peut remarquer de l'œdème au niveau du périnée et de la partie postérieure des lèvres dû à la thrombose des veines du bassin.

Tous ces symptômes caractérisent l'abcès ou la gangrène de l'utérus : la malade est en proie à une toxihémie, et le chirurgien devant cet état, ne doit pas hésiter à pratiquer l'hystérectomie qui enlèvera le foyer infectieux, car, dès que la barrière qu'oppose à cette infection les cellules phagocytaires, aura été rompue, nous allons assister soit à une péritonite, soit à une septicémie.

La péritonite généralisée ne sera cependant pas pour le chirurgien une contre indication à l'intervention : au contraire, grâce au drainage et aux lavages, après hystérectomie, nous pourrons enrayer l'infection ou au moins la faire regresser, et surtout si dès les premiers symptômes d'une péritonite septique on procède à une intervention rapide, on peut sauver plusieurs de ces infectées en drainant le péritoine et en enlevant le foyer d'infection. La voie vaginale sera indiquée dans ces cas encore plus que dans d'autres circonstances, car la déclivité permettra l'écoulement plus rapide des liquides intrapéritonéaux.

L'ensemble du tableau symptomatique de la septicémie qui se traduit par l'aggravation des phénomènes généraux, doit être une invitation pressante à l'hystérectomie, car, comme le dit Tuffier: « Lorsqu'une femme, à la suite d'un avortement intense est prise d'une fièvre avec frissons répétés, que son pouls devient rapide, petit et mou, sa respiration anxieuse et superficielle, que ses

yeux s'excavent, que son teint et sa langue prennent l'un cette coloration jaune terreux, l'autre cet aspect grillé si caractéristique que les téguments se marbrent, que le ventre se météorise, qu'il y a de la diarrhée, de la diminution des urines, des crampes douloureuses, du subdélire, il est impossible de ne pas voir là les signes d'une infection grave et de ne pas songer à recourir à une thérapeutique énergique. » C'est bien le tableau frappant de la septicémie aiguë : heureux le chirurgien qui, par un diagnostic précocement posé, aura arrêté l'infection par un traitement radical, et ne se verra pas forcé d'intervenir dans des circonstances si graves, par une opération qui, faite à temps, eut sauvé la malade et ne présenterait alors que peu de chances de succès.

Quant à la rétention partielle ou totale du placenta, que la curette ou le doigt seront impuissants à extraire, elle est une indication formelle à l'hystérectomie chez une infection. A plus forte raison si le col tétanisé, comme dans l'observation de M. Leriche, ne permet pas l'introduction d'un doigt ou d'un instrument.

*L'examen bactériologique et cytologique du sang peut-il
servir d'indication
opératoire dans les infections post-abortum*

Petruschky fut un des premiers à attribuer une valeur pronostique à la bactériémie : les résultats obtenus lui prouvent que la présence de stéptocoques dans le sang n'implique pas forcément un pronostic fatal.

Prochownick reprit cette question : ces résultats furent contraires à ceux de Pétruschky.

Klein, Queirel, Carton, Mouchotte, Lemierre, arrivent à ces conclusions que l'ensemencement du sang ne peut servir à établir un pronostic.

M. Tuffier, au congrès de Rome, déclare que l'examen bactériologique du sang ne peut servir « ni d'indication opératoire, comme le voulait Prochownick, ni de contre indication comme le prétend Tissier ».

M. Pinard, au congrès de Madrid, conclut « que la bactériologie est à l'heure actuelle impuissante à fournir une indication à l'hystérectomie dans l'infection puerpérale post-abortionum ou post-partum ».

Mouchotte arrive aux mêmes conclusions.

Henkel, conseille l'hystérectomie lorsque l'examen bactériologique nous démontre la présence de nombreux germes.

Pour Boldt la bactériémie ne donne pas de résultats assez rapides.

Cumston n'accorde aucune importance à l'examen des lochies et du sang : l'examen cytologique a seul une véritable valeur pronostique.

Véit, Sachs préconisent l'examen du sang comme une des meilleures indications à l'intervention.

En résumé l'analyse bactériologique du sang pour juger de la gravité d'une infection puerpérale n'a pas donné de résultats positifs et ne peut influencer sur la décision à prendre : aussi nous ne pouvons mieux clore cette question qu'en rapportant les conclusions de MM. Gueniat et Cathala à la Société obstétricale de France, en 1909, sur les résultats de la culture

du sang dans une série intégrale d'infections puerpérales sérieuses. « L'ensemencement massif (5 « à 15 centimètres cubes) du sang circulant des « puerpérales infectées n'y décèle la présence de « microorganismes que dans une proportion de cas « relativement rare. La bactériémie n'est pas constante, « même dans les cas mortels, même très peu de temps « avant la mort, en pleine agonie... La rareté des résultats positifs à la suite d'ensemencements massifs fait « apparaître pratiquement l'infection puerpérale comme « n'étant pas le plus souvent une maladie générale, « bactériémique; mais comme *une infection locale* à « retentissement général. »

Quant à l'examen cytologique il semble, comme le dit Mouchotte, qu'il pourrait donner de meilleurs résultats au point de vue du pronostic de l'infection en cause et par là même au point de vue opératoire : mais jusqu'à maintenant on n'a donné aucune formule précise.

Enfin nous devons aussi tenir compte d'un facteur fort important lorsqu'on décide l'hystérectomie dans les infections abortives : c'est la résistance organique de la malade. Pour une femme déjà très affaiblie, chez laquelle l'infection a envahi l'organisme et dont la mort n'est qu'une question d'heures, l'opération aura, il est vrai peu de chances de réussir ; mais n'est-ce pas alors la faute du chirurgien ou de l'accoucheur qui aura trop tardé à intervenir (Obs. VIII, XIII). Dans l'appendicite aiguë nous opérons dès que cela nous est possible ; le plus tôt est le mieux : n'en peut-il être de même dans les infections post-abortum ? Dans les perforations typhiques, on opère en Amérique deux heures après le

diagnostic posé : la mortalité est de 12 %. En France, où l'on retarde toujours l'intervention, elle est de 95 %. N'agit-on pas de même dans les infections puerpérales et avec plus d'à propos il semble qu'on pourrait sauver plusieurs de ces malheureuses vouées souvent à une mort certaine.

Mouchotte a demandé ce diagnostic de la résistance organique à l'examen du sang, à la recherche de la formule leucocytaire. Avec Lhermite il a examiné le sang de plusieurs puerpérales diversement infectées.

Si la guérison est à espérer, la polynucléose est modérée ou d'intensité relative, l'éosinophilie plus ou moins active : si la résistance organique est amoindrie, la polynucléose est intense, l'éosinophilie nulle. Il conclut « lorsque la formule limite de la résistance organique à l'infection sera trouvée, il conviendra de supprimer de l'organisme le foyer d'où diffusent continuellement les germes menaçants et sur le point de triompher. »

En somme « si aucun symptôme n'est à lui seul « caractéristique, l'ensemble clinique, le tableau du « malade, le complexus symptomatique qu'il présente « peuvent entraîner notre conviction ; ici, comme dans « toutes nos déterminations chirurgicales, qu'il s'agisse « de porter un diagnostic ou un pronostic, qu'il s'agisse d'établir une thérapeutique, c'est l'ensemble « des accidents qui nous déterminera.

« Voici, poursuit M. Tuffier, une femme atteinte de « septicémie post-partum ou post-abortion : elle est « suivie et soignée par un accoucheur expérimenté ; « rien dans son état viscéral, rien dans sa sphère génitale externe n'explique la présence de cette septicémie.

« Le traitement reconnu comme efficace en pareil cas a été
« mis en œuvre ; injections intra-utérines, curettage, sé-
« rum sous-cutané, n'ont pas arrêté la progression crois-
« sante des accidents que l'accoucheur regarde comme
« devant emporter la malade. Il vous demande d'in-
« tervenir : vous trouvez les annexes et le péritoine
« indemnes, l'utérus est gros et mou, il existe ou non
« un écoulement fétide, les forces de la malade vous
« semblent permettre une intervention. Êtes-vous en
« droit de pratiquer une hystérectomie ? J'ai répondu
« par l'affirmative et je maintiens mon opinion. Nous
« n'avons plus à rechercher l'origine de cette septicé-
« mie, elle est utérine, qu'il s'agisse d'une rétention
« placentaire, d'un fibrome ou de la paroi de l'utérus
« sphacelé. C'est la clinique seule qui commande et
« c'est votre confiance à arrêter les accidents par votre
« thérapeutique bien dirigée qui donne l'indication. »
Ces conclusions de M. Tuffier seront celles de notre
chapitre.

CHAPITRE IV

Avantages de l'hystérectomie vaginale dans les infections abortives

L'hystérectomie vaginale est l'opération qui dans le traitement radical des infections abortives doit toujours être pratiquée par le chirurgien. Il est cependant regrettable qu'une intervention éminemment française se soit germanisée, puisque c'est surtout en Allemagne qu'elle trouve d'ardents défenseurs alors que chez nous elle semble être tombée dans l'oubli, « que cette opération, dit M. Richelot, devant les progrès normaux et « bienfaisants des interventions sus-pubiennes ait « perdu une partie du terrain qu'elle avait su conquérir, c'est trop juste. Mais il y a loin de cet aveu à « l'extrême dédain qu'on affecte à son égard, à l'injustice qui l'a fait appeler « une opération de passage », « à l'ignorance profonde de sa technique et de ses « avantages où se renferme aujourd'hui toute une

« génération d'opérateurs. Ça et là une voix s'élève
« encore pour dire que l'hystérectomie vaginale n'est
« pas morte; on ose lui trouver quelques indications
« mais on y met force réserves de peur de soulever une
« réprobation unanime. »

Et cependant où la voie vaginale trouve-t-elle une indication plus formelle que dans l'infection puerpérale post-abortionum? Par cette intervention radicale en effet nous cherchons à enlever, chez une femme dans un état souvent déjà très grave, un foyer infectieux le plus rapidement possible et avec les chances les plus minimales de propager l'infection. Simplicité, rapidité, extension du processus infectieux réduite au minimum. tels sont les avantages de l'hystérectomie vaginale et qui nous la font préconiser.

L'hystérectomie vaginale est en effet bien plus simple que l'hystérectomie abdominale; ici en effet la voie est toute tracée: on tombe directement sur le corps du délit « qu'on a sous les yeux, qu'on tient dans la main »; le vagin et la vulve aux parois élastiques surtout chez les multipares seront la route naturelle que devra suivre l'utérus septique lors de son extirpation.

Ce que nous recherchons aussi dans cette intervention c'est d'aller le plus vite possible: les infectées sont en général dans un état précaire et dans un épuisement complet soit par hémorragie soit par la virulence des germes infectieux et nous devons leur infliger le minimum de traumatisme. Toutes choses égales, l'hystérectomie vaginale est une opération moins fatigante pour la malade qui la subit que l'hystérectomie abdominale; très rapidement faite, huit ou dix minutes suffiront au

chirurgien pour terminer cette intervention par la voie vaginale et le shock opératoire sera notablement diminué pour la patiente.

Les dangers d'infection du péritoine seront très réduits : quand on songe que la moindre goutte de pus peut suffire à offenser la grande séreuse, ne serait-ce pas une raison de s'abstenir de la voie abdominale où malgré les compresses qui isoleront la masse intestinale on ne peut prétendre à empêcher les agents infectieux de se créer une voie jusqu'au péritoine.

L'hystérectomie vaginale permet d'extraire l'utérus transformé si souvent en une véritable éponge purulente, en l'isolant en quelque sorte du péritoine et en pratiquant une ouverture si petite qu'elle réduira à leur minimum les chances de propagation de l'infection. Et s'il existe même des foyers sous-péritonéaux comme dans l'observation XVIII n'aura-t-on pas par la voie basse un drainage facile surtout par la déclivité ?

Les interventionnistes par la voie haute prétendent qu'il arrive souvent par l'hystérectomie vaginale de provoquer des déchirures des anses intestinales que des adhérences relient souvent au corps utérin : cet argument a peut-être une certaine valeur dans les supurations de longue date mais il est rare que dans le processus septicémique des brides ou des formations fibreuses aient eu le temps de s'organiser.

Quant à dire que l'hystérectomie vaginale est une opération aveugle, « un tour de force » ne pourrait-on pas retourner cet argument contre les partisans de la voie sus-pubienne, qui, il faut l'avouer, opèrent souvent surtout chez les femmes obèses au fond d'un puits. Le

chirurgical, dit Routier, est à la merci d'un instrument, d'une pince qui casse, qui dérape ou qui écrase mal les tissus. La friabilité de l'utérus, ajoutent d'autres auteurs, rendent presque l'opération impossible et chaque prise ne produit qu'un morcellement du corps utérin. Mais on n'emploie plus les longues pinces à branches molles et à mors flexibles, ni les instruments massifs qui faisant une saillie démesurée, encombrant et tiraillent. Les pinces de Kocher et les pinces à kystes dont la prise est parfaite, qui ne pèsent rien, dont les anneaux sont à la vulve, donnent une grande confiance au chirurgien qui, en s'aidant de ses doigts dans le décollement du péritoine, peut mener à bien une intervention simple et rapide.

Quand à la friabilité et à l'excès de volume de l'utérus, il est rare que ce dernier présente ces caractères très accusés dans les avortements surtout du premier au quatrième mois. Ordinairement ces utérus sont petits et encore assez résistants et leur malléabilité est suffisamment grande pour pouvoir, sous l'influence de tractions énergiques, adapter leur forme à celle de la filière pelvienne. A côté de ces considérations primordiales ne pourrait-on pas en invoquer d'autres qui, quoique secondaires, doivent cependant entrer en ligne de compte dans la décision que nous devons prendre ; il est des malades qui sont bien aise de ne pas avoir de cicatrice et l'éventration chez les femmes aux parois abdominales flasques ou peu résistantes n'est pas sans présenter de sérieux dangers.

En somme les deux méthodes, l'hystérectomie soit vaginale, soit abdominale, sont sans doute également

bien réglées, elles doivent avoir à peu près la même valeur, pourvu qu'on donne à chacune ce qui lui revient. La voie vaginale n'est pas plus dangereuse que la voie haute : Tout dépend non *de la manière d'ouvrir le ventre mais de ce qu'on y fait*. Si l'hystérectomie abdominale a des indications indiscutables il faut reconnaître que l'hystérectomie vaginale doit être la seule pratiquée dans les infections abortives : c'est sur sa simplicité, sa rapidité et sur l'assurance de réduire les chances de propagation des germes infectieux au péritoine que nous avons basé notre préférence.

Observations

OBSERVATION I.

Extirpation totale vaginale de l'utérus pour une rétention placentaire avec putréfaction ; guérison par M. Roosemburg (de la Haye).

La malade âgée de 24 ans avait accouché normalement et à terme deux fois et fait un avortement au sixième mois ; cette fois le détachement du placenta fait par la sage-femme avait présenté quelques difficultés, l'utérus fut curetté.

Le 24 mars 1889 nouvel avortement au quatrième mois ; dans les tentatives que fit la sage-femme pour enlever le délivre, le cordon se rompit et le placenta resta dans l'utérus.

Immédiatement après l'avortement la femme eut un frisson avec fièvre intense à la suite ; comme les accès fébriles se répétaient chaque jour et devenaient plus violents, que les lochies semblant peu abondantes devenaient fétides et que l'état de la malade empirait à vue d'œil, on appela le 20 mars le D^r Roosemburg.

Etat actuel : Malade au lit, le facies presque hippocratique, le pouls très petit à 120, ventre ballonné ; on sent

l'utérus sous l'ombilic; la vulve et le vagin sont souillés par un sang noir et infect. Le lendemain, la malade rentre à l'hôpital, température $41^{\circ}5$, pouls à 130, respiration 40; la malade se plaint de dyspnée.

Après désinfection du vagin et de la cavité utérine, Rosemburg cherche à pénétrer avec le doigt dans la cavité utérine. L'orifice utérin, entouré d'une paroi épaisse et peu élastique, ne laisse pénétrer avec peine que deux doigts. On ne parvient pas à sentir le placenta. Craignant une déchirure du col il s'abstient de pénétrer plus avant dans l'utérus. Désinfection énergique, tamponnement à la gaze iodoformée. Dans la nuit la température tombe à 37° , le pouls reste à 124, mais on a le lendemain matin, avec des frissons, $40^{\circ}3$, pouls 132, respiration 44; le tampon est enlevé, l'orifice externe du col ne s'est pas dilaté, une tentative pour enlever le placenta avec la grande curette de Wolkman échoue complètement. Nouvelle désinfection et tamponnement. La température persiste et monte à $40^{\circ}5$, pouls 145.

Le lendemain matin le ventre était fortement ballonné, nausées. Lorsque Rosemburg eut l'impression que la malade ne pouvait résister vingt-quatre heures de plus, il pratiqua, avec l'assentiment de la malade, l'extirpation totale par le vagin. Après l'ablation de l'utérus, il place dans la partie inférieure de la cavité péritonéale de la gaze iodoformée et dans le vagin un gros tampon imbibé de glycérine iodoformée. L'opération a duré une heure.

Après l'opération, grogs, boissons alcooliques. La température, après l'opération, était de $41^{\circ}9$, tombe le soir à $37^{\circ}5$ et le pouls à 112. La température restant normale, la fréquence du pouls tombe bientôt à 92. Dix jours après les ligatures étaient éliminées et quatorze jours après l'opération la malade pouvait se promener dans la salle.

Immédiatement après l'opération, l'utérus fut examiné. A

la première incision sur la face postérieure de l'utérus, qui ouvre le péritoine et la moitié de l'épaisseur de la paroi utérine, on note une extrême fétidité. Une deuxième incision faite dans l'épaisseur au placenta amène dans l'intérieur de la cavité utérine. Le placenta est très fortement adhérent, d'aspect noirâtre et horriblement fétide. Dans différents points on peut y reconnaître du pus.

OBSERVATION II.

(Due à l'obligeance de M. Leriche, agrégé).

Septicémie à point de départ utérin. Hystérectomie vaginale. Guérison.

Il s'agit d'une femme de 40 ans, mère de deux enfants bien portants qui, ayant un retard des règles de deux mois et demi, prend un état infectueux et des phénomènes fébriles accentués; le troisième jour, le 9 mars, elle se fit recevoir dans un service de médecine à l'Hôtel-Dieu. Devant son état typhique, son aspect d'infectée grave et la sensibilité douloureuse d'un abdomen ballonné, on fait le diagnostic d'angiocholite infectieuse que semble vérifier l'apparition de grands frissons suivis d'un stade de chaleur (40°) et de sueurs profuses. Mais au huitième jour on s'aperçoit qu'elle a perdu des caillots, qu'elle perd encore et reformant le diagnostic, on la fait passer dans le service de M. le Professeur Poncet, le 14 mars. A ce moment la température est de 40°, le facies plombé, la langue rôtie, le pouls à 120. Il y a de la dyspnée et un état typhique prononcé; l'impression est d'une septicémie grave, et, avant même d'avoir examiné l'utérus, M. Leriche parle d'hystérectomie vaginale possible pour supprimer le point de départ de l'infection sanguine. M. le Dr Rhenter qui voit la malade à ce moment est d'avis

que si l'exploration utérine ne juge pas tant, on peut faire l'hystérectomie comme dernière planche de salut. La malade étant endormie à l'éther, M. Leriche essaie d'explorer la cavité utérine mais cela lui est impossible, l'orifice interne tétanisé ne laisse rien passer; il fait sans succès de la dilatation aux bougies d'Hégar; au bout de vingt-cinq minutes c'est à peine si trois ou quatre numéros ont pu être gagnés. Dans ces conditions l'ablation de l'utérus est décidée, ce qui est fait en laissant des pinces à demeure et en versant par la brèche vaginale 60 grammes d'huile camphrée dans le ventre qui renferme un peu de liquide. La pièce enlevée est constituée par un utérus dur, scléreux dans toute la moitié inférieure, friable et mou dans toute la région du dôme. Il renferme une masse placentaire grosse comme une figue, adhérente encore au fond de l'utérus; le muscle utérin à la coupe, apparaît rempli de gouttes de pus libres dans les mailles musculaires comme dans une éponge.

Les suites de cette intervention parurent devoir être très simples, les frissons ne se renouvellent pas et en trois jours la température redescendit à 37°6. Mais au cinquième jour au soir elle remontait à 38°6 et le huitième elle atteignait après frissons 39°9. Localement tout allait bien; le ventre était souple; les pinces et les mèches ayant été enlevées dans les délais normaux, des lavages quotidiens à l'eau oxygénée avaient été commencés sans pression. Au toucher on ne sentait rien d'anormal. Au reste, cela ne persista pas, dès le surlendemain la température retomba à 37°5 et s'y maintint pendant quatre jours, puis nouveaux frissons et ascension à 40°5 et ainsi de suite avec des 39° et des 39°4 tous les deux ou trois jours pendant une semaine. C'est à ce moment qu'une hémoculture faite par le Dr Sarvonat montra du streptocoque dans le sang.

Enfin les frissons disparurent, la fièvre céda. La conva-

cence paraissait se faire définitive, bien que le pouls resta rapide, lorsque au 14 avril, la malade s'étant levée pour la première fois, fut prise sur le soir de nouveaux frissons et d'une nouvelle ascension de 40°5 et il en fut ainsi pendant une huitaine. Ne trouvant aucune explication de cela dans l'état pelvien qui était pas fait, ne relevant aucune induration, aucune douleur juxta-vaginale, ne voyant ni œdème des jambes ni albumine, et d'autre part M. Florence, l'interne du service, ayant parlé d'endocardite, M.G. Mouriquand voulait bien examiner médicalement cette malade qui gardait un pouls à 110, 120 et de l'embryocardie. Son examen fut négatif, mais la possibilité d'une localisation endocardique ultérieure lui parut parfaitement possible étant donné la permanence d'un état infectieux, sans localisation, mais avec anémie profonde. Il n'en fut très heureusement rien et cette malade fut de nouveau apyrétique et en pleine voie de guérison. A la date du 9 mai la malade partait en convalescence, complètement guérie.

OBSERVATION III.

Infection utérine post-abortum. Péritonite localisée. Hystérectomie vaginale. Guérison. Pinkuss. Centrablatt f. gyn. 1902.

Femme enceinte de 3 mois. Avortement suivi de septicémie.

Délivrance d'urgence pratiquée par un médecin.

Après cette délivrance apparurent des symptômes de péritonite localisée qui évolua peu à peu vers l'abcès pelvien. Il s'écoulait par l'orifice utérin une abondante quantité de pus, en même temps qu'étaient expulsés quelques os fœtaux. Plusieurs incisions vaginales furent tentées pour évacuer le

pus ; mais la fièvre augmentant et l'état de la malade déclinant de plus en plus on fit l'hystérectomie vaginale.

La température baissa aussitôt. Suites opératoires parfaites.

OBSERVATION IV.

Avortement. Infection imminente. Hystérectomie vaginale. Guérison. Faure. In thèse Mouchotte.

R., 32 ans. 4 accouchements à terme. 4 fausses couches.

Au 3^e mois et demi de sa 9^e grossesse, cette femme a des douleurs expulsives et des pertes de sang ; expulsion d'un fœtus, rétention placentaire.

Pendant les deux jours qui suivent à la suite d'un curetage la température monte à 40°3. P. 150.

Etant donné l'état fébrile, l'inefficacité du curetage, l'anémie grave qui ne semble pas devoir permettre à l'organisme de faire les frais d'une longue résistance, M. Faure pratiqua l'hystérectomie vaginale.

La température baissa aussitôt. Le pouls redevint normal. 5 jours après l'opération la malade était apyrétique. Guérison parfaite.

OBSERVATION V.

Avortement. Infection causée par le médecin. Curetage. Septicémie streptococcique. Endocardite. Hystérectomie vaginale. Mort.

Prochownick. Monats. f. Geb.u. Gynäk. 1899.
in th. Mouchotte.

Femme de commerçant, M. à E., mariée et stérile depuis six ans. Dernières règles : 1-4 août 1898. Au commence-

ment de septembre pas de règles. Malgré l'avis du médecin cette femme fait du 20 au 23 septembre plusieurs parties quotidiennes et fatigantes de canot. A la suite de cela, pertes de sang qui cessent par le tamponnement et le repos au lit.

Dans la nuit du 20-21 octobre, perte sanguine abondante. Le médecin est rappelé. Ce dernier avait le même jour nettoyé avec les doigts une femme infectée à la suite d'un avortement septique (rétention placentaire, frissons répétés, mort le 4^e jour). Conscient de cela le médecin pratique une désinfection soignée de ses mains, nettoie le vagin et examine Mme M... en pénétrant jusque dans l'intérieur du col ; puis il fait un tamponnement ; le tamponnement devait être renouvelé deux fois.

Le 24 octobre au matin le fœtus et le placenta étaient derrière le tampon ; mais les membranes manquaient. Dans la nuit il y avait eu quelques frissonnements : T. m. 38°2. P. 112. Le soir la malade a des frissons. Le lendemain, frissons ; T. 40°4 : P. 140. Le nettoyage de l'utérus pratiqué sous chloroforme par le médecin traitant à l'aide des doigts et de la curette ramène des débris décidaux putréfiés, mais n'a aucune influence sur l'évolution.

Après une courte rémission, nouveaux frissons les 25 et 27, T. 40°. P. 140. Diarrhée. Léger ictère. Agitation.

Je vois la malade à midi peu de temps après un frisson violent avec T. 40°5 et P. 140. Agitation violente. Sueurs froides. Diarrhée. Frottement léger au niveau de la mitrale. Urine retirée par cathétérisme ; pas d'albumine. Péritoine libre. Pas de douleurs dans les côtés. L'utérus semble être seul malade.

La culture du sang donne le soir et le lendemain des streptocoques.

L'opération est décidée. Hystérectomie vaginale en 8 minutes.

Mort 30 heures après l'opération sans irritation péritonéale.

OBSERVATION VI (résumée)

*Hystérectomie vaginale pour infection puerpérale
post-abortum*

Communication écrite de Treub, in th. Mouchotte

B..., femme de vingt-huit ans.

A eu un avortement de trois mois et demi il y a quatre jours.

Le 19 novembre (4^e jour). Cûrage et curettage, suivi de tamponnement intra utérin à la gaze iodoformée.

Pendant sept jours, on alterne les irrigations utérines et les tamponnements. La température monte toujours. Puis apparaissent des frissons. Collapsus. Après une légère descente, la température redevient élevée et les pulsations augmentent. T. 39° 1et 40° 5. P. — 110 et 130. Aussi décide-t-on l'opération.

On fait une hystérectomie vaginale. L'utérus très friable est enlevé par morceaux. Les pyosalpingites sont ouvertes.

Dans la paroi utérine se trouve un abcès ; l'artère spermatique droite est thrombosée.

La malade dépérit de plus en plus, et meurt trois jours après l'intervention.

A l'autopsie : Péritonite septique diffuse.

OBSERVATION VII

Avortement criminel. Curettage. Septicémie streptococcique

Hystérectomie vaginale. Mort. Prochownick (Monatsschrift für Geburt. u. gyn., 1899 (in thèse Mouchotte)

Le confrère qui m'a appelé plus tard en consultation est demandé par M^{me} G..., âgée de vingt-huit ans dans la soirée du 28 avril 1897. Cette femme perd du sang depuis trois jours. Le troisième jour, elle a deux frissons suivis de fièvre et de transpiration abondante. C'est V. pare, ayant toujours accouché sans assistance et ayant eu des suites de couches normales. Elle est bien portante, enceinte de trois mois. Le vingt-cinq, le fœtus est expulsé sans le placenta. Le soir du 26, frisson. T. 39°8. P. 120. Le médecin met un tampon de gaze, mais le lendemain, comme un fragment de membrane sort par le col, le médecin endort la femme, extrait le placenta en grande partie avec le doigt, puis il retire les débris deciduaux et fibrineux à la curette mousse.

Lavage de l'utérus au lysol. Tamponnement du vagin. Ergotine.

Pendant deux jours, état satisfaisant avec température basse et pouls élevé, puis frisson (deux par vingt-quatre heures) avec ascension thermique élevée, remision sérieuse ; pouls bon ne dépassant pas 120 à 124. Je vois la femme le 4 mai au soir. Malgré les frissons répétés, je la trouve assez bien dans leur intervalle : langue propre, appétit bon ; l'alcool à haute dose est bien supporté ; les bruits du cœur sont normaux. L'urine recueillie par le cathétérisme est riche en urates mais ne renferme pas d'albumine. Petite quantité de lochies peu fétides. Péritoine et paramétrium libres. (Pas d'examen intérieur).

Une culture du sang faite le lendemain, reste négative et nous fortifie dans l'idée d'infection saprémique. On remet à date ultérieure, l'entrée à l'hôpital. L'interrogatoire pressant ne donne pas de renseignement sur la possibilité d'un avortement criminel. (Plus tard, cette probabilité nous a été assurée).

Le 7 mai, le frisson n'ayant pas disparu, on se décide à un examen complet. L'orifice utérin laisse écouler une grande quantité d'un liquide peu fétide ; corps mou, gonflé (pyométrie). Les annexes et le paramétrium sont libres. On dilate le col immédiatement sous chloroforme. L'organe est soigneusement cureté avec des instruments mousses (le curettage digital étant impossible). Lavage au lysol et à l'alcool et tamponnement de l'utérus à la gaze iodoformée. Dans la sécrétion utérine, on trouve de nombreux staphylocoques et des microbes saprémiques (pas de streptocoques). Pendant les trois jours suivants ; frissons légers, un seulement par vingt-quatre heures et ascension thermique moins élevée. Le pouls ne dépasse pas 120. Euphorie moindre. Poumons et cœur normaux. Urine normale. Le 11 mai, la femme entre à la clinique ; un deuxième examen du sang donne une culture pure de streptocoques.

Le 12 mai, nouveau frisson avec température de 40°9. Nouvel examen. On trouve de nouveau de la pyométrie et on extirpe immédiatement l'organe et ses annexes par hystérectomie vaginale.

Les annexes et le paramétrium sont complètement libres. La plaie opératoire guérit très bien. Lors de l'autopsie ultérieure, tout était bien cicatrisé, le tissu cellulaire du bassin complètement libre. On n'a pas trouvé à l'autopsie ni foyer purulent ni thrombose dans les troncs veineux ; l'utérine, l'hypogastrique et les spermatiques sont libres.

L'examen des urines a toujours été normal, sauf un trouble

léger (albumine après anesthésie par éther). De même, le cœur cliniquement (et anatomiquement à l'autopsie) était normal. Pas d'endocardite valvulaire.

Mais les frissons ont continué après l'opération. La malade dépérit d'une façon notable. Malgré les injections massives de sérum commencées immédiatement après l'opération, les cultures du sang restent positives.

A partir du 25, toux avec signes de gangrène pulmonaire, en haut et à droite. La malade meurt le 25.

En dehors d'un foyer de la grosseur d'une noix dans le lobe pulmonaire droit (dont la paroi contient de nombreuses colonies de streptocoques et la cavité un mélange de bactéries) on ne trouve pas d'autre foyer métastatique dans tout l'organisme. On ne trouve de streptocoque ni dans la rate, ni dans le foie, ni dans les reins.

L'utérus était ramolli et était farci dans toute l'épaisseur de son parenchyme de colonies de streptocoques. Sur l'endométrium putrilagineux beaucoup de microorganismes et peu de streptocoques ; par contre, plus profondément, on ne trouve que des streptocoques.

OBSERVATION VIII

Hystérectomie vaginale pour infection puerpérale post-abortum. Bouilly. In thèse Wintrebert 1895, p. 46.

Malade âgée de 21 ans. Deux avortements antérieurs, pas d'antécédents syphilitiques. Entre le 7 mars 1893.

La malade raconte avoir pratiqué des manœuvres abortives. Elle dit avoir perdu les eaux depuis 4 jours.

Les membranes sont rompues. Liquide amniotique fétide. Température 38°4. Injections chaudes antiseptiques.

Pendant deux jours la température oscille autour de 38°.

Pas d'albumine dans les urines.

Six jours après l'écoulement du liquide amniotique, dans la nuit du 9 au 20 mars la femme expulse un fœtus macéré de 5 mois. Rétention placentaire. Injection intra-utérine.

Le 10 mars délivrance artificielle par M. Bouilly au moyen de la curette. Injection intra-utérine, la température retombé à la normale.

Du 10 au 11 mars, la malade va bien.

Le 11 mars au soir la température remonte à 39°

Le 12 mars, la température atteint 40°, le poulx est à 112, la bouche devient fuligineuse. Injection intra-utérine, sulfate de quinine.

Du 12 ou 17 mars, l'état reste stationnaire. Injections intra-utérines de permanganate ou de sublimé toutes les quatre heures. La température restant élevée malgré les injections, le Dr Bouilly pratique l'hystérectomie vaginale le 17 mars à quatre heures du soir. L'opération ne présente rien d'anormal ; les hémorragies sont toutefois un peu plus abondantes qu'à l'ordinaire.

A la suite de l'intervention la température tombe, mais l'état général reste aussi mauvais. Prostration, langue sèche, fuliginosités, poulx à 120.

La malade s'affaiblit peu à peu et meurt le 21 au soir, sans avoir présenté aucun accident du côté du péritoine.

L'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION IX

Hystérectomie vaginale dans un cas d'infection puerpérale aiguë post-abortionum. (Communication faite à la Société Belge de Chirurgie par M. Deletrez 1903).

Le 21 mars 1903 une femme de trente cinq ans multipare est apportée d'urgence dans le service de M. Deletrez. Cette

femme exsangue et dans un état semi-syncopal, a fait la veille une fausse couche de 4 mois qui eut lieu sans difficulté, mais sans que toutefois le placenta put être extrait. Dès son arrivée à la Clinique on pratiqua une large dilatation de l'utérus et on put extraire avec les objets une assez grande partie du délivre : lavage et tamponnement intra-utérins.

Le lendemain 22 mars, au moyen de la curette mousse, extraction de nouveaux et de nombreux débris placentaires sans odeur ; lavage intra-utérin et tamponnement. Les jours suivants on continue le même traitement qui chaque fois est suivi de l'expulsion de débris placentaires ; néanmoins peu à peu, la fièvre qui d'abord était modérée, s'élève jusqu'à 40° en même temps que le pouls monte à 120. Le 26 on s'aperçoit que les fragments placentaires expulsés ont une odeur gangréneuse ; l'examen microscopique ayant démontré la présence de streptocoques dans les sécrétions utérines, on fait une injection de 100 cc. de sérum antistreptococcique. Le 27 nouvelle injection de 150 cc. 3 de sérum.

Jusque là l'état de la malade paraissait assez satisfaisant, le sensorium était bon. Le 27 mars à 4 heures du soir, cette femme est prise subitement d'un long et violent frisson suivi de syncope ; la température monte à 41°4 ; le pouls est mou, rapide, oscille entre 130 et 140 pulsations ; une vive agitation et du délire s'emparent de la malade ; le facies devient grippé.

Devant une situation aussi grave et dont l'issue lui paraissait fatale, M. Deletrez se décida à pratiquer l'hystérectomie vaginale comme dernière ressource de salut pour la malade. L'opération pratiquée à 5 heures fut d'une grande facilité et put être terminée en moins de dix minutes, elle fut suivie immédiatement d'une injection sous-cutanée de 2.500 gr. de sérum physiologique. Le même soir, à 10 heures, la température tombait à 37°, le pouls restait à 120.

Le lendemain, la température remonte à 39° pour redescen-

dre le surlendemain à 38° et redevenir normale à partir du 3^e jour. Le pouls reste à 100 mais il est bon, résistant. La malade sort guérie le 9 avril.

L'utérus enlevé mesurait 12 centimètres environ présentant au niveau de sa corne gauche un infundibulum dans lequel se trouvait enchatonné un fragment placentaire assez volumineux, gangréné et soudé intérieurement à la muqueuse utérine, au point de ne pouvoir être séparé sans occasionner de déchirure du tissu utérin.

OBSERVATION X

Faure. Rapportée par Rochard à la Société de Chirurgie.

Séance du 27 Mars 1901.

Madame B., 23 ans, entre le 11 février. Cas imminent d'avortement.

Le 13 avortement avec délivrance artificielle.

Du 13 au 15 au soir : température 37°2 à 38 degrés.

Le 16 au matin 40 degrés, pouls rapide. Curettage immédiat, 500 grammes de sérum. Le soir 40°3, pouls 100. Etat grave. Hystérectomie vaginale à 7 heures du soir très facile grâce aux pinces à kystes, durée : trois minutes.

Un morceau de délivre infecté est enchatonné dans la corne gauche.

Le lendemain matin : 38°2, pouls 120. Soir 38°8, pouls 100. Amélioration progressive et rapide. Guérison complète.

OBSERVATION XI

Avortement criminel de 3 mois. Infection puerpérale. Curettage et hystérectomie vaginale. Guérison. Beaussenat citée (in thèse de Gheorghiu 1900 p. 43 et th. Mouchotte 1903 p. 18).

Il s'agit d'une femme de 31 ans, cuisinière, Victorine C..., ayant eu une première grossesse à 18 ans et une autre à 22 ans. Devenue enceinte pour la troisième fois en août 1896, elle cherche à provoquer une fausse couche ; celle-ci survient le 20 novembre et est faite clandestinement dans les water-closets. Depuis le moment de sa fausse couche jusqu'à son entrée à l'hôpital la malade n'a pas cessé un seul instant de perdre du sang liquide ou coagulé, d'une horrible fétidité. Pendant toute cette période la malade continue à vaquer à ses occupations et se borne à prendre quelques rares injections.

A son entrée dans le service de M. Pozzi à l'hôpital Brocca, le 2 décembre, la surveillante du service lui fait un tamponnement vaginal qui est renouvelé pendant 4 jours de suite. Le 7 décembre au soir, elle est prise d'une hémorragie formidable et le docteur Collinet, interne de service, l'examine, lui trouve 40° de température et malgré les dénégations de la malade qui nie toute grossesse, pense à l'infection puerpérale et pratique séance tenante un premier curettage. A la suite la température tombe un peu.

Mais le surlendemain 9 décembre, il y a encore 40°. Un deuxième curettage est pratiqué qui ramène quelques débris, mais au cours de l'opération, l'opérateur ayant senti sa curette pénétrer très profondément, craint d'avoir perforé l'utérus et ne continue pas l'opération.

Dans l'hypothèse d'une perforation possible, on prescrit

glace sur le ventre, opium et injections sous-cutanées de sérum. Le lendemain au matin l'état de la malade est assez rassurant, 38°, ventre souple à peine douloureux et seulement au niveau des cornes de l'utérus.

Dans l'après-midi, le ventre devient très sensible et se ballonne en même temps que surviennent des nausées et des vomissements. A 5 heures, frisson violent, 140 pulsations, 40°6. A 11 heures, coma presque complet, pouls incomptable, 41° de température, extrémités froides, hoquets, vomissements, incontinence stercorale, anurie. L'utérus remonte à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

M. Beaussenat décide d'intervenir et avec l'autorisation de M. Pozzi pratique à minuit l'hystérectomie vaginale avec l'aide de ses collègues Collinet et Georghiu, mais préalablement il fait à la malade une injection intra-veineuse de 1.800 grammes de sérum artificiel.

L'opération fut rapide quoique laborieuse. L'utérus était resté mobile à l'ouverture du cul-de-sac postérieur il s'écoule environ un verre de sérosité louche. Grâce à une incision en V de la face antérieure, l'abaissement fut possible, malgré la friabilité de l'utérus.

Les parois étaient très épaisses, infiltrées de pus que la moindre section faisait sourdre. De même chaque fois qu'une pince à préhension était appliquée sur la tranche, on voyait apparaître tant sur la tranche qu'au point de pénétration des griffes de la pince, des gouttes de pus.

L'ovaire gauche normal est laissé en place. Le droit gros, œdémateux et infiltré, et la trompe rouge et tuméfiée, sont quelque peu difficiles à extraire. Hémostase des ligaments larges relativement facile ; difficulté plus grande de l'hémostase au niveau des tranches vaginales.

Les anses intestinales qui apparaissent dans le fond du vagin sont rouges et dépourvues de fausses membranes. Ce

qu'on peut apercevoir du péritoine est également fortement hyperhémie. Tamponnement du vagin moyennement serré.

La malade rapportée dans son lit est absolument froide et on ne sent plus son poulx. Piqûre d'éther, de caféine, frictions alcoolisées, nouvelle injection intra-veineuse de 1000 gr. finissent par la ranimer. Le lendemain, la température était à 36° le matin et à 38° le soir. La malade urinait, les vomissements et la diarrhée avaient disparus. Le 3^e jour suppression des pinces ; le 6^e jour suppression des mèches ; le 30^e jour la malade se levait ; le 40^e jour elle quittait l'hôpital guérie.

L'utérus est infiltré de pus et transformé en véritable éponge purulente.

OBSERVATION XII

Tuffier. Hystérectomie vaginale après une infection post-abortionum. Guérison. (In thèse Bonamy, résumée).

Au cours d'un voyage en chemin de fer, la femme enceinte de 4 mois 1/2 est prise de douleurs. Trois jours après elle perd les eaux. Dix jours se passent sans incident. Soudain dans la nuit, la malade est prise de vomissements alimentaires et d'un frisson violent, la température atteint 39°2. Elle est conduite à l'Hôtel-Dieu le lendemain.

Trois jours après elle expulse un fœtus mort, non macéré. Le poulx et la température restent élevés. Quatre jours après le placenta n'étant pas encore expulsé, la femme est endormie, le placenta est extrait ; on fait un curetage, un lavage intra-utérin au lysol, un écouvillonnage à la teinture d'iode. un tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée.

Pendant trois jours amélioration.

Le 4^e jour la température remonte, le poulx s'accélère, le

ventre devient douloureux, du col sort un liquide louche. Le soir les frissons surviennent, ils continuent de plus en plus fréquents et prolongés.

On injecte le sérum de Marmorek.

Les symptômes deviennent alarmants. Le lendemain on pratique l'hystérectomie vaginale,

29 jours après la malade sort guérie.

OBSERVATION XIII (résumée)

(J.-C. Stinson. New-York médical record, 1897, p. 203-207.
In thèse Baudin. Paris 1911)

Hystéro-salpingo-oophorectomie vaginale par énucléation dans la métrite puerpérale. Mort.

Femme dans un état déplorable. P : 140°. T : 101° F.

Abdomen sensible, utérus de grossesse au sixième mois. Les douleurs internes rythmiques sont accompagnées d'un écoulement de sang abondant. La femme était presque dans le collapsus.

Avortement provoqué qui donne un fœtus d'odeur très mauvaise. Léger curettage et irrigations au sublimé. La température continue à monter de un demi degré par jour. Second curettage et irrigation. La température tomba à 101°, puis remonta à 104° après un frisson. Alors se manifeste de la douleur dans la région inguinale gauche, en même temps qu'une grande sensibilité. Troisième curettage et lavage au sublimé. La température retombe. L'ascension ne se fait guère attendre, et l'état général devient excessivement mauvais. Hystérectomie vaginale. Mort.

A l'autopsie : Utérus friable dans la partie gauche, près du fond; il y avait un abcès : on voyait aussi un abcès dans la

trompe et dans l'ovaire gauche. Celui-ci était du volume d'un œuf de poule. Les annexes à droite étaient seulement infectées. La cavité péritonéale contenait plusieurs drachmes de liquide séreux.

OBSERVATION XIV

Avortement criminel. Septicémie streptococcique.

Hystérectomie vaginale. Guérison

Prochownick-Monatsschrift für geburtshülfe und Gynak.
1899. In thèse Mouchotte 1903

N..., vingt-cinq ans. Premier accouchement il y a quatre ans.

Après interrogatoire pressant, la malade avoue avoir fait des manœuvres criminelles : elle perd beaucoup de sang ; température élevée, pouls fréquent, sans douleur appréciable.

Elle a eu un frisson violent il y a vingt-quatre heures. Le toucher révèle les petits membres d'un fœtus de trois mois. Tamponnement vaginal à la gaze.

Le lendemain, expulsion du fœtus, placenta et membranes.

Malgré cela, la malade a eu pendant la nuit un frisson violent et le matin elle a 40°4. Pouls 132. Elle est ictérique, ayspnéique et agitée. A midi, température 40°7, pouls 140. Albumine dans les urines.

Prise de sang au niveau de l'index. On y trouve de très nombreux amas de streptocoques de même que dans le sang exprimé du placenta.

L'après-midi, on fait l'hystérectomie vaginale (pinces).

Après l'opération, encore un frisson avec T. 40°3 et P. 160. Le lendemain, température subnormale avec à peine 90 pulsations.

La température oscille jusqu'au huitième jour entre 37°8 et 38°.

Le pouls monte, comme cela a lieu d'habitude après l'enlèvement des pincés entre 108 et 112. Il n'y a plus de fusion. Convalescence ultérieure normale.

A l'examen : L'utérus est farci dans toute l'épaisseur de son parenchyme de nombreux petits abcès. Streptocoques dans les foyers utérins.

OBSERVATION XV

Hystérectomie vaginale dans la fièvre puerpérale

A. C. Carpenter. Medical Record. New-York 1896, I p. 625.
In th. Bonamy 1898, p. 42.

Une malade du Docteur Joseph Moorhead, âgée de 32 ans, mère de trois enfants, était dans le troisième mois de sa grossesse, lorsqu'elle fit une chute. Avortement consécutif.

Trois jours après, elle eut un frisson, et la température monta à 103° Fahrenheit. Pouls 110. Le médecin qui la traitait, supposant une rétention quelconque dans l'utérus, ordonna une douche intra-utérine au sublimé toutes les trois heures, et prescrivit du sulfate de quinine comme antipyrétique. Le soir du quatrième jour, elle eut un nouveau frisson. La température monta à 105° F. ; Pouls 120.

Je la vis le matin au cinquième jour. T. 104°, P. 130. Utérus gros, mou et flasque. Col utérin dilaté considérablement, permettant l'introduction de deux doigts. La malade fut placée dans la position de Simes et une quantité de tissu placentaire en partie décomposé et d'une odeur fétide fut enlevée à l'aide d'une curette. L'utérus fut lavé avec une solution chaude de sublimé (1/2000) et bourré de gaze iodoformée. La gaze fut enlevée trois heures après, et toutes les

heures des douches intra-utérines au sublimé furent administrées. Je prescrivis aussi des purgatifs salins. La température tomba le soir à 102°8 F. Pouls 102. Le lendemain matin T 102°4 F. Pouls 120. Le soir, de nouveaux frissons apparurent. T 105°2 F. Pouls 148.

Cette température et l'état du pouls persistèrent le matin suivant. J'observai à ce moment un écoulement purulent abondant de l'utérus. Il n'y avait pas de tympanisme, ni d'hypéresthésie abdominale, excepté après une forte pression sur le fond utérin. J'émis l'opinion que l'hystérectomie seule, exécutée sur le champ, pouvait sauver la femme.

Dans l'après-midi, on procéda à l'hystérectomie. Il fallut faire une injection de strychnine pendant l'opération, quoique celle-ci n'ait duré que vingt minutes. L'ouverture de la paroi vaginale ne fut pas fermée; au contraire, on la laissa ouverte, et on y mit de la gaze iodoformée et un drain.

1/30 d'un grain de strychnine fut donné toutes les trois ou quatre heures pendant les premières douze heures après l'opération. La température tomba le lendemain matin à 101°8 F; Pouls 120. Le jour suivant T 104 F, mais elle tomba à 101°4 F dès que le pansement fut changé. Depuis ce temps, la guérison progressa, l'orifice vaginal se ferma au bout de douze jours, et la malade retourna chez elle au bout de trois semaines.

Il n'est rien dit sur l'état de l'utérus.

OBSERVATION XVI

In Gazzetta degli Ospedali 1900. Jorfida

Quartipare, vingt-sept ans. Fausse couche à six mois. Délivrance spontanée suivie d'abondantes pertes sanguines. Au troisième jour elle quitte le service. Aussitôt après, douleurs,

pertes de sang, lochies fétides, vomissements, diarrhée, température 38°9. Pouls 124. Respiration 28.

Elle rentre à l'hôpital après dix jours. Irrigations utérines au sublimé : Le quatorzième jour curettage. On extrait des morceaux de placenta putréfié : Irrigation. Température : 40°. Etat grave. Le 2 février (seizième jour) on pratique l'hystérectomie vaginale. Fièvre pendant dix jours encore. Guérison.

Examen des pièces. — Endométrite, métrite. Perimétrosalpingite bilatérale. Infiltration cellulaire jusque dans la couche musculaire de l'utérus. Cocci et staphylocoques sur les résidus mortifiés de la muqueuse utérine et dans les espaces lymphatiques de la musculaire.

OBSERVATION XVII

Hystérectomie vaginale après 5 jours d'infection. Guérison

B. Penrose. *American journal of obstetrics*, 1896. (Résumé)

Trois jours après un avortement de 4 mois une femme a une élévation de température.

Le jour même, on fait un examen digital de l'intérieur de la cavité utérine et on retire une masse de tissu placentaire. Deux jours après, violent frisson et ascension de la température. L'hystérectomie vaginale fut pratiquée le jour même. On trouva dans l'utérus une masse lacérée de tissu placentaire très adhérente.

Six semaines après la malade était guérie.

OBSERVATION XVIII (résumée)

Hystérectomie vaginale. Utérus septique. Extirpation des veines spermatiques thrombosées. Guérison.

Klein in Monatsschrift für Geb. u. Gynä 1898.

Femme de 45 ans. 4 mois après les dernières règles, hémorragies continuelles très abondantes. Sécrétion sanieuse, sanguinolente, fétide.

Curettage qui ramène une cuiller à soupe de masse molle, la température atteint les jours suivants 41°8. Pouls 140. Lavage de l'utérus et « rincement » intra utérin qui restent sans résultat. Devant un pronostic défavorable on pratique l'extirpation totale vaginale de l'utérus septique 4 jours exactement après le curettage. Lorsqu'on lia la corne utérine gauche, il s'écoula brusquement du tissu paramétrique et d'un point situé immédiatement au-dessous de cette corne une cuiller à café de pus épais jaune sale. La ligature des veines spermatiques avait été faite dans le tissu sain.

La température, après quelques oscillations, redevint à la normale et la femme sortit guérie 22 jours après l'opération.

OBSERVATION XIX

Due à l'obligeance de M. Leriche. agrégé

Hystérectomie vaginale pour infection post-abortionum. Mort

Le 6 avril dernier, le Dr J. Coste de Monplaisir qui avait assisté à l'intervention heureuse rapportée dans l'observation précédente, envoya dans le service de M. Poncet une femme de 38 ans dont l'histoire était la suivante :

Enceinte de deux mois, ayant déjà deux enfants, elle s'était fait avorter deux jours auparavant : l'expulsion était faite depuis 48 heures quand M. Coste la vit à l'occasion de phénomènes infectieux graves. L'examen ne révélant aucune rétention placentaire et l'état paraissant grave, M. Coste pose l'indication d'une hystérectomie vaginale et c'est pour cela qu'il adressa la malade à l'Hôtel-Dieu.

A l'examen on trouvait en effet tous les signes d'un état septicémique prononcé : dyspnée, pouls 120, température 39°-40°, ventre douloureux, langue rotie, urines rares avec albumine : au toucher le col était fermé, l'utérus un peu gros et douloureux.

Etant sous l'impression des objections que l'on avait faites à sa première intervention, des accoucheurs s'étant prononcés avec beaucoup de netteté sur l'inutilité de l'hystérectomie vaginale dirigée contre l'infection, M. Leriche se borna à faire un lavage intra-utérin, à pratiquer un abcès de fixation et à injecter du sérum artificiel.

Au bout de 48 heures l'état ne s'étant pas amélioré mais au contraire s'aggravant (T. 40°) M. Leriche pratiqua une hystérectomie vaginale. L'utérus très volumineux est mou, très friable, se déchire au moindre effort. Malgré les difficultés tenant à ce volume et à cette friabilité, l'intervention est pratiquée sans accidents, la malade étant à peine endormie (quelques gouttes d'éther) après injection de quelques centigrammes de pantopon. A noter que l'ouverture du péritoine s'accompagna de l'écoulement de quelques cuillerées de liquide louche, les pincés furent laissées à demeure. La malade est rapportée dans son lit très peu shockée. Malgré cette intervention, elle mourait le lendemain sans phénomènes particuliers.

A l'examen l'utérus est complètement ramolli, la muqueuse

tuméfiée, il n'y avait pas de rétention placentaire, pas d'abcès musculaire.

Je suis convaincu. conclut M.Leriche, que si j'avais cédé à une première inspiration et pratiqué l'intervention 48 heures plus tôt, au moment même où le Dr Coste en avait posé l'indication, cette malade aurait guéri comme la première.

Cette observation peut être donnée comme un argument contraire à l'intervention puisque malgré l'hystérectomie cette malade est morte. Je crois qu'il faut raisonner tout autrement et considérer que si l'intervention n'a pas été heureuse, c'est qu'elle a été faite trop tard.

CONCLUSIONS

1° On a beaucoup discuté sur l'utilité ou l'inutilité de l'hystérectomie dans les infections puerpérales et surtout abortives. Beaucoup d'accoucheurs soutiennent que l'infection d'origine utérine, étant localisée ou diffuse, guérit toujours dans le premier cas, jamais dans le second. L'hémoculture permettrait de différencier ces deux formes d'infection.

2° Il semble qu'en réalité la question doive être solutionnée autrement. Chacun sait que les signes d'infection grave sont présentés dans certains cas par la rétention placentaire et que dans ces conditions l'évacuation de l'utérus amène presque toujours la guérison de l'infection. Dans tous les autres cas où l'utérus est vide, le pronostic, comme dans toute autre infection, ne peut être établi que par des arguments cliniques et toutes les fois que ceux-ci indiqueront un processus infectieux grave et feront porter un pronostic très réservé, on peut être autorisé à pratiquer l'hystérectomie.

3° Cette hystérectomie sera faite par la voie vaginale, plus simple, plus rapide que l'hystérectomie abdominale et donnant le minimum de shock. En supprimant le foyer infectieux principal, elle mettra la malade dans de meilleures conditions de guérison conformément à ce que l'on voit dans toutes les infections chirurgicales où la suppression de la cause toutes les fois qu'il n'est pas trop tard, arrête la généralisation infectieuse et permet la réparation.

Vu :

Le Président de la Thèse,

A. PONCET.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 28 novembre 1911.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- AUGUSTE TURENNE. — Rapport au III^e Congrès médical latino américain de Montevideo, 1907. *Annales de gynécologie*, 1908.
- BAUDIN. — Thèse Paris 1901. Contribution à l'étude de l'inf. puerpérale.
- BEAUSSENAT. — In thèse Georghiu. Paris 1900.
- BECKMANN. — Die puerperale Uterus-gangrän. *Zeitsch. f. geb.*, 1900.
- BENOIST. — Thèse Paris 1901. Contribution à l'étude de l'Hyst. dans l'inf. puerpérale.
- BLEUZÉ. — Thèse Paris 1902.
- BONAMY. — Thèse Paris 1899. De l'Hystérectomie dans l'inf. puerpérale aiguë.
- BOLDT. — *American jal of obstetrics*, 1903-1905.
- BOUILLY. — Curettage de l'utérus. *Bulletin de thérapeutique*, 15 août 1895.
- BULLETIN et Mémoires de la Société de Chir. de Bucarest, 1906-1907. *Bulletin médical*, 1901.
- BUMM. — *Centralblatt für gynäkologie*, 1905.
- CARNUS. — Thèse Paris 1909.
- CARPENTER. — *Médical record*, New-York, 1896.
- CATHALA. — *Annales de la Société d'obstctrique de France*, 1909.
- CHAMPETIER DE RIBES et TUFFIER. — In th. Bonamy, 1899.
- CHRISTEANU. — *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1905.
- CHIRIÉ et BRINDEAU. — Société obstétricale de France, 1909.
- COMPTE-RENDU du XIV^e Congrès Intern. de méd., Madrid 1903. *In revue de gynécologie*, 1904.
- CORTIGUERA. — Rapport au Congrès de Madrid, 1903.
- CUMSTON. — *American jal of obst.*, 1905.

- DAVIS. — *American jal of obst.*, 1895.
- DELBET. — *In traité de chirurgie* de Duplay et Reclus.
- DELETREZ. — *Compte-rendu du XIV^e Congrès de l'Association française de chir.*, 1906.
- DEMELIN et JEANNIN. — *Bulletin de la Société d'obst. de Paris*, juin 1911.
- DOLÉRIS. — Inf. puerpérale. Société obst. française, 1892. Hystérectomie dans l'inf. puerpérale. *Annales gyn. et obst.*, mai 1903.
- ETTLINGER. — Etude sur le passage des microbes pathogènes dans le sang. Th. Paris 1893.
- FABRE. — Précis d'obstétrique, Paris 1910.
- FAURE. — La gynécologie, 1904-1909.
- FEHLING. — Rapport au Congrès de Rome, 1902.
- FIEUX. — *Annales de gyn. et d'obst.*, juillet 1910.
- FREUND. — Rapport du Congrès de Rome, 1902.
- GALLAND. — Thèse Paris 1905.
- GAZETTE DES HÔPITAUX. — 1892, 1893, 1901.
- GEORGHIEU. — Th. Paris 1900. Contribution à l'étude clinique de l'inf. puerpérale.
- GOLDSBOROUGH. — N. Y., *medical journal*, 1894.
- GORDON. — *Bristish medical jal*, 1909.
- GUENIOT. — *Annales de la Société d'obst. de France*, 1909.
- HENKEL. — Jahresbericht über die Forsch. der. geburts. v. gynäk, 1908.
- HERFF. — Jahresbericht über die Forsch. der. geburts. v. gynäk, 1908.
- HOLMES. — *Jal of. amer. méd.*, 1895.
- JEANNIN. — Etiologie des infections puerp. putrides. Th. Paris 1902.
- Du même.* — In obstétrique, 1906.
- JORFIDA. — *Gazetta degli ospedali*, 1900.
- KOBLANCK. — Centrablatt für gynäk, 1909.
- LATZKO. — Wiener Klinische Wochenschrift. 1907. Société des médecins de Vienne, 1909, XVI^e Congrès intern. de méd. tenu à Budapest, 1909.
- LE JEMTEL D'ALENCON. — 10^e Congrès int. de méd. tenu à Budapest, 1909.
- LEMIERRE. — Thèse de Paris 1904. L'ensemencement du sang pendant la vie.
- LERICHE. — *Lyon médical*, 1911, l'obstétrique, 1911.
- MOUCHOTTE. — Thèse Paris 1902-03. Documents pour servir à l'étude de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale post-abortionum.
- NATANSON-RAPPORT. — Thèse Paris 1907-08.
- NEW-YORK *medical jal*, 1911.

- OSTERLOH. — In Centralblatt f. gynäk, 1910.
- PENROSE. — *Ann. jal of. obst.*, 1896.
- PETRUSCHKY. — *Zeitsch. f. Hygiene und Inf. Krankh.*, 1894.
- PICHEVIN. — *Sem. gyné.*, 1901.
- PICQUÉ. — *Abcès uterin.*, soc. chir. de Paris, 1902.
- PINARD et WALLICH. — *Traitement de la fièvre puerpérale*, Paris 1896.
- PINARD. — *Indications de l'hyst. dans l'inf. puerp. Rapport au Congr. de Madrid*, 1903.
- POLAK. — *Med. News*, 1897.
- PRACTITIONER LONDON, 1906-1908.
- PRICE. — *Jal of ame. med. association*, 1896. Discussion s. Hyst. dans inf. puerp.
- PROCHOWNICK. — *Monatsch. f. geburtsh. v. gynäk.*, 1898-1899.
- RIBEMONT-DESSAIGNES. — *Précis d'Obstétrique*, 1901.
- RICARD. — *Discussion à la Société de Chirurgie*, 1901.
- RICHELOT. — *La gynécologie*, 1904.
- RICOU. — *Thèse Paris* 1905.
- ROOSEMBURG. — In *nederland. tijdsch. u. geneesk.*, 1889.
- ROSTHORN. — *Practitioner London*, 1908.
- SACHS. — *Centralblatt für gynäk*, 1909.
- SINCLAIR. — *Surgery, gynecology and obstetrics*, 1907.
- SCHÖFFER. — *Centrablatt für gynäk*, 1909.
- SIREDEY. — *Maladies puerpérales*, 1884.
- STEWART. — *Am. jal of. obstetrics*, 1907.
- STINSON. — *New-York-Medical Record*, 1897.
- SYNNEPHIAS. — *Thèse Paris* 1894.
- VEIT. — *Centralblatt für gynäk* 1909. In *praktische Ergebnisse der geburtshilfe und gynäk*, 1909. *Centralblatt f. gynäk*, 1910.
- VEZARD. — *Société d'obstétrique*, 1906.
- VINEBERG. — *A. jal of medical sc.* 1900. *Med. News.* 1902.
- VON FRANQUÉ. — *Samm. Klin. Vorträge* 1901.
- ZIPERLEN. — *Die total Extirpation des septischen Uterus.* Inaug. Diss. Tübingen, 1899.
- WINTER. — *Centrablatt gynäk*, 1910.
- WINTREBERT. — *De l'ablation de l'utérus ds les inf. puerp.*, Th. Paris 1895.
-

Imprimerie DUCROS & LOMBARD. — Valence.
